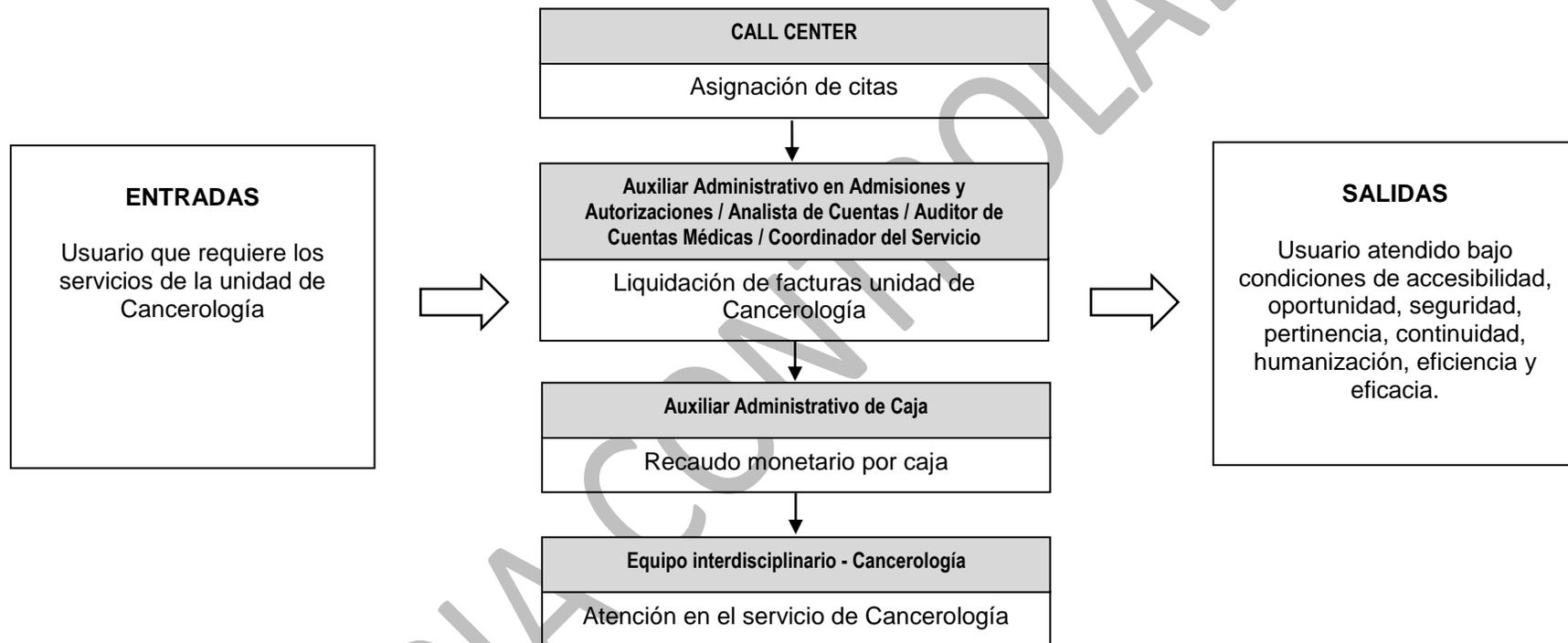


**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO**



	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 2 de 98

## 1. OBJETIVO

Brindar una atención integral y centrada en el usuario y su familia en el servicio de Cancerología, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia y eficacia; y procurando la satisfacción del paciente y su familia.

## 2. ALCANCE

El proceso inicia con la solicitud del servicio a la unidad pasa por la atención realizada al usuario y finaliza con el egreso del paciente.

## 3. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

Ver “Normograma Institucional”.

## 4. UBICACIÓN EN EL MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL

- Misional.

## 5. DEFINICIONES

**U ACELERADOR LINEAL:** Es un dispositivo eléctrico para la aceleración de partículas que posean carga eléctrica, tales como electrones, positrones o iones para aplicar el tratamiento de Radioterapia a algunas patologías oncológicas y benignas.

**U ANESTESIA LOCAL:** Tipo de anestesia, que se puede administrar en forma de inyección, aerosol o pomada, que insensibiliza solamente una parte reducida y específica del cuerpo. Dura poco y se suele utilizar en intervenciones menores y procedimientos ambulatorios.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 3 de 98

- U **APLICADOR FLETCHER:** Es un sistema que se usa para irradiación intracavitario de los carcinomas de cuello uterino y útero; el tándem se inserta a la cavidad uterina, a los lados se colocan los colpostatos para sujetar la fuente radioactiva y colocarla en el tándem hueco.
- U **APLICADOR VAGINAL:** Es un sistema que se usa para irradiación intracavitario de los carcinomas de cuello uterino (casos posoperatorios), útero y vagina.
- U **AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS:** Documento que afirma la responsabilidad de la administradora de planes y beneficios (E.A.P.B) o del ente territorial (secretaría de salud departamental), en el cubrimiento de la atención del paciente, que permite a los usuarios acceder a los servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud.
- U **BLOQUEO:** El bloqueo es una técnica de anestesia y analgesia loco-regional metamérica de enorme utilidad clínica. Sus únicas contraindicaciones son: la negativa del paciente, alergia al anestésico local empleado, trastornos de coagulación, infección localizada en la zona de abordaje y relativamente, la lesión neurológica previa.
- U **RADIOTERAPIA:** Tratamiento basado en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X, partículas o fuentes radioactivas), las cuales son producidas por equipos generadores o materiales sólidos activados, dispuestos en máquinas para su control.
- U **RADIOTERAPIA EXTERNA:** Cuando un equipo biomédico externo al paciente dirige la radiación a las células neoplásicas.
- U **BRAQUITERAPIA:** Terapia en la cual se ubica una o varias fuentes radioactivas dentro del tumor, esta radiación penetra a una distancia muy corta por lo que tiene muy poco efecto en los tejidos normales adyacentes.
- U **TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA:** Como su nombre lo indica el tratamiento se da con la intención de curar la enfermedad.
- U **TRATAMIENTO CON INTENCIÓN PALIATIVA:** Cuando el tratamiento se realiza con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente mas no de curar la enfermedad.
- U **COMITÉ DE TUMORES:** Máxima instancia científica institucional en el ámbito de servicios medico asistenciales, encargada de realizar análisis técnico-científico de los casos oncológicos, definiendo el plan de manejo del paciente; de hacer tamización del estado emocional del paciente, asesorar al equipo tratante y realizar seguimiento y evaluación del tratamiento.
- U **CONSULTA DE MORBILIDAD:** Es la valoración efectuada en el servicio de cancerología, orientado a la identificación y tratamiento de los efectos secundarios provocados por la administración de tratamientos oncológicos del hospital.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 4 de 98

- U **SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:** Sistema de vigilancia epidemiológica de salud pública en Colombia.
- U **REPORTES A SIVIGILA:** Reporte sistemático de morbilidad y mortalidad en oncología para propósito epidemiológico (oficina de epidemiología institucional).
- U **BRACHYVISION:** Software para planeación de tratamientos de braquiterapia.
- U **BUNKER:** Es una edificación hecha con paredes y techo en hormigón o combinaciones con plomo para garantizar que la radiación emitida por la fuente radioactiva proteja el medio ambiente y personal expuesto.
- U **CARNÉ:** Documento de carácter personal que acredita al paciente como receptor del tratamiento en la unidad y en el cual se registran diariamente la fecha y la hora en que será atendido.
- U **CERROBEND:** Aleación de materiales densos que permiten conformar un blindaje a la radiación.
- U **CLINAC 2100:** Acelerador lineal de partículas de uso clínico.
- U **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento.
- U **CONTORNO:** Imagen bidimensional obtenida de la piel del paciente que revela la forma de la superficie de este.
- U **CONTRAREFERENCIA:** Se entiende por contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- U **CUIDADOS PALIATIVOS:** Atención integral del paciente con enfermedad crónica, evolutiva, sin opción de curación; que considera las diferentes dimensiones del ser humano en sus aspectos físico, psicológico, social y espiritual y deben extenderse al grupo familiar.
- U **CUADRO DE TRATAMIENTO:** Registro personal que contiene las especificaciones del tratamiento de cada paciente incluyendo: tratamiento programado por el Radioterapeuta, campos de tratamiento, energía, profundidad, protecciones, dosis total y diaria suministrada y firma del tecnólogo responsable que aplicó el tratamiento.
- U **CTV:** Volumen Tumoral Clínico o Volumen Blanco Clínico; abarca la región del volumen tumoral observable más las regiones que albergan enfermedad microscópicamente potencial.
- U **DIRECCIONAMIENTO:** Acción por la que se proporciona información de las acciones a seguir para conseguir el resultado esperado.
- U **DOLOR:** Sensación de padecimiento físico, que causa sufrimiento e inestabilidad física.

- U DOSÍMETRO PERSONAL:** Detector de radiaciones de tipo ionizante, tales como las provenientes de los equipos de radiodiagnóstico o fuentes radiactivas, cuyo principal objetivo es integrar las dosis de radiación recibidas por el personal ocupacionalmente expuesto a dicho agente de riesgo, durante un determinado periodo. Los resultados permiten evaluar cuantitativamente el grado de exposición ocupacional del personal que se desempeña en los distintos servicios. Esta información, es fundamental a la hora de determinar si las dosis de radiación recibidas por el personal están o no, dentro de los límites establecidos.
- U DOSIMETRIA:** Cálculo de la dosis absorbida en tejidos y materia como resultado de la exposición a la radiación ionizante, tanto de manera directa como indirecta. Es una subespecialidad científica, en el campo de la física de la salud y la física médica, la cual se enfoca en el cálculo de las dosis internas y externas de la radiación ionizante.
- U DRR:** Radiografía digitalmente reconstruida por el sistema de planeación a partir de las imágenes del TAC.
- U EAPB:** Entidad Administradora de Planes de Beneficio.
- U EDUCACION DE INDUCCION:** Información, Educación y Comunicación, mediante la cual se suministra información precisa y sencilla al paciente y su familia sobre el tratamiento de Cuidados Paliativos, Quimioterapia, Radioterapia o Braquiterapia, haciendo énfasis en los pasos a seguir la aplicación de los mismos, los cuidados durante y después del tratamiento, los efectos secundarios. (Se realiza específicamente en el servicio que va a recibir tratamiento el paciente).
- U EFECTOS SECUNDARIOS:** Signos y síntomas secundarios a la administración del tratamiento.
- U EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:** Personal formado en diferentes campos del conocimiento, que tienen un objetivo común, que trabajan por y para la consecución del mismo, garantizando la atención integral, segura y confiable del paciente y su familia.
- U ESTUDIOS DE EXTENSIÓN:** Ayudas diagnósticas, que permiten determinar la diseminación de la enfermedad.
- U FACTURACIÓN:** Procedimiento por el cual se legaliza la prestación de un servicio.
- U FORMULAS MÉDICAS:** Documento donde se prescribe los medicamentos ordenados por el especialista en cantidad y dosis de acuerdo con el índice de masa corporal.
- U FUENTE RADIATIVA:** Es un elemento químico que emite radiación ionizante.
- U FUENTE AFUERA:** Es la frase que se emite en el momento de la realización de tratamiento de Braquiterapia durante el cual la fuente sale del equipo y la zona se vuelve estrictamente controlada para el personal no ocupacionalmente expuesto y los pacientes.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 6 de 98

- U **GTV: Volumen Clínico Grueso:** Es todo lo que se conoce como enfermedad visible macroscópicamente e incluye los nódulos linfáticos patológicos.
- U **HISTORIA CLÍNICA:** es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.
- U **INFILTRACIÓN:** Inyección de anti- inflamatorios (normalmente esteroideos - derivados de la cortisona) o anestésicos en un tejido inflamado como ligamento, tendón o músculo entre otros.
- U **INTRATECAL:** Describe el espacio lleno de líquido entre las capas delgadas de tejidos que cubren el cerebro y la médula espinal. Se pueden inyectar medicamentos (Quimioterapia Intratecal) dentro del líquido o se puede extraer una muestra del líquido para someterla a estudio Patológico.
- U **IRIDIO 192:** Es un isótopo radioactivo, fuente emisor de rayos gamma, de los cuales el más estable es el  $^{192}\text{Ir}$  con una vida media de 73.83 días.
- U **MARCAS DE ESTAÑO:** Material radio-opaco que permite identificar los tatuajes marcados sobre el paciente.
- U **MÁSCARA:** Inmovilizador hecho de un material termoplástico que toma la forma de la cabeza del paciente así imposibilita el movimiento asegurando la reproducibilidad y repetitividad del tratamiento.
- U **MEDIDA DE MEDICION:** La dosis de la radiación se reporta en greys (Gy) o sieverts (Sv) para el tejido biológico donde 1 Gy o 1 Sv es igual a 1 joule por kilogramo. El no uso del SI aún está prevalente, donde la dosis está reportada en rads y la dosis equivalente en rems. Por definición, 1 Gy = 100 rad y 1 Sv = 100 rem.
- U **MLC:** Sistema de colimadores multiláminas que posee el CLINAC 2100 para realizar radioterapia conformacional, con el fin de proteger el tejido sano circundante.
- U **OPIODE:** El término hace referencia al origen de la sustancia con respecto al opio, es decir, son sustancias que se extraen de la cápsula de la planta del opio. Por extensión, se denominan también así los productos químicos derivados de la morfina. Este término se utiliza para designar aquellas sustancias endógenas o exógenas que tiene un efecto análogo al de la morfina y poseen actividad intrínseca.
- U **PERTINENCIA:** Medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente, es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente y necesario para la patología concreta que es atendida.
- U **PLACA VERIFICADORA:** Placa radiográfica tomada en el inicio de tratamiento con el fin de verificar la posición de las referencias óseas del paciente.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 7 de 98

- U **PLANEACION DEL TRATAMIENTO:** Consiste en estimar la distribución y cantidad de dosis de radiación que el paciente debe recibir, de acuerdo con los parámetros preestablecidos: dosis máxima en el órgano objeto de la radiación o blanco, fuente de radiación, técnica terapéutica, número de campos de radiación, tamaño y localización de los campos.
- U **PRECONSULTA:** Atención previa que reciben los pacientes antes y después de la consulta, con el fin de brindar un servicio ágil y oportuno.
- U **PROGRAMACIÓN:** Registrar en el Plan y verificación de mezclas para administrar quimioterapia, nombre del paciente, medicamento, dosis, vía, día de aplicación y diagnóstico de acuerdo a prescripción médica del esquema.
- U **PTV: Volumen Tumoral de Planeación:** Provee un margen que rodea el volumen tumoral clínico, para contemplar variaciones en el posicionamiento y movimientos anatómicos durante el tratamiento como la respiración.
- U **QUIMIOTERAPIA:** La palabra quimioterapia viene del término Químico (químico o fármaco) y terapia (tratamiento). Son agentes químicos o medicamentos utilizados para destruir células cancerosas.
- U **RADIOGRAFÍA:** Imagen obtenida mediante la irradiación de Rayos X que permite observar las estructuras internas de un paciente.
- U **RADIOSENSIBILIZADORES:** Químicos que se usan para aumentar los efectos de la radiación, Ej.: ciclofosfamida, cisplatino, fluoruracilo los cuales se administran en conjunto con la Radioterapia.
- U **RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA:** Terapia en la cual se utilizan fotones o electrones de alta energía, generados por Acelerador Lineal, para destruir las células cancerosas.
- U **RADIOTERAPIA CON INTENCIÓN CURATIVA:** Como su nombre lo indica el tratamiento se da con la intención de curar la enfermedad. Es la que emplea dosis de radiaciones altas, próximas al límite de tolerancia de los tejidos normales, con el objetivo de eliminar el tumor. Este tipo de tratamiento suele ser largo y con una planificación laboriosa, donde el beneficio de la posible curación, supera la toxicidad ocasionada sobre los tejidos normales.
- U **RADIOTERAPIA PALIATIVA:** Cuando el tratamiento se realiza con el fin de mejorar síntomas producidos por el tumor. En este tipo se emplean dosis menores de radiación, suficientes para calmar o aliviar los síntomas del paciente con cáncer, con una planificación sencilla y duración del tratamiento corto y con escasos efectos secundarios, generalmente es intención antiálgica, hemostática o descompresiva.
- U **RADIOTERAPIA PREOPERATORIO:** El tratamiento se administra antes de la cirugía buscando la disminución del tamaño tumoral con gran aplicación en sarcomas y cáncer de recto.

- U **RADIOGRAFÍA:** Imagen registrada en una placa o película fotográfica, o de forma digital (Radiología digital directa o indirecta) en una base de datos. La imagen se obtiene al exponer al receptor de imagen radiográfica a una fuente de [radiación] de alta energía, comúnmente Rayos X o Radiación Gamma procedente de isótopos radiactivos (Iridio 192, Cobalto 60, Cesio 137, etc.).
- U **RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA:** Se administra posterior a la cirugía y su fin es complementar el tratamiento quirúrgico y tiene indicaciones histopatológicas muy precisas.
- U **REFERENCIA:** Se entiende por Referencia el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones del sector, para atención o complementación diagnóstica.
- U **REGISTRO:** Especificación, procedimiento documentado, dibujo, informe, norma. Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- U **REMISIÓN:** Acción por la cual se solicita la valoración del paciente por otra especialidad.
- U **SEGUIMIENTO:** Control que se lleva del paciente que sale de la consulta, con el fin de facilitar su adición al tratamiento.
- U **SIGNOS VITALES:** Datos básicos medibles que muestran el estado general de la salud física del paciente.
- U **SSD:** Secretaría de Salud Departamental.
- U **TÁNDEM:** Es un pequeño tubo de metal o sonda uterina rígida con convexidad anterior, donde se coloca el material radiactivo, lo que permite mantener el útero en su posición habitual o de enderezarlo en caso de retroversión.
- U **TAC DE SIMULACION:** Técnica de adquisición de imágenes en la cual se obtienen imágenes axiales, coronales y transversales del paciente que se utilizan en la planeación de tratamiento de Radioterapia.
- U **TPS:** Sistema de planeación dosimétrica computarizada que permite diseñar el tratamiento como ECLIPSE o CADPLAN.
- U **TRATAMIENTO:** Modo de tratar una patología con intención curativa o paliativa.
- U **TRATAMIENTO 3DCRT:** Radioterapia Tridimensional conformada, procedimiento para el que se usa computador para crear una imagen tridimensional del tumor. Esto permite que se administre la dosis más alta de radiación al tumor y a la vez se proteja al tejido normal.
- U **APROBACIÓN DE INICIO DE TRATAMIENTO (RADIOTERAPIA):** Aprobación por radioterapeuta del tratamiento en el sistema de planeación y de las placas de inicio de tratamiento.

- U **VALORACION:** Consulta médica que realiza el Radioterapeuta al paciente en Braquiterapia, con el fin de evaluar respuesta al tratamiento y definir posibilidades de refuerzo con Radioterapia Externa o Braquiterapia, reducciones de campos de tratamiento o cambios en el mismo.
- U **VALORACION FINAL:** Consulta médica que realiza el Radioterapeuta al paciente en radioterapia, con el fin de evaluar respuesta al tratamiento y definir posibilidades de refuerzo con radioterapia externa o Braquiterapia, reducciones de campos de tratamiento o cambios en el mismo.
- U **VALORACIÓN MÉDICA:** Actividad médica mediante entrevista, examen físico, evaluación y análisis de signos y síntomas de un paciente para definir un diagnóstico e iniciar un plan de tratamiento.
- U **VISTO BUENO (QUIMIOTERAPIA):** Aprobación por Enfermero(a) jefe del servicio de quimioterapia sobre la formula medica e historia clínica para la facturación y posteriormente administración del tratamiento.
- U **INTERVENCIÓN PSICOLOGICA:** consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de estos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. Conjunto de actividades y operaciones a través de las que el profesional de la psicología, como agente de cambio, trata de alterar y mejorar el curso de los acontecimientos en los individuos y en la sociedad. El término incluye las intervenciones tradicionales de la psicoterapia y las técnicas de modificación de la conducta.
- U **PSICOONCOLOGÍA:** Constituye una rama especializada entre la medicina y la psicología que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento, los estados de salud y enfermedad, la prevención y el tratamiento, el fomento de hábitos sanos y la interdisciplinariedad. Teniendo como objetivos: llevar a cabo una atención integral que tenga en cuenta aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, tanto a nivel personal, familiar y social del enfermo. Promoviendo la autonomía y la dignidad de la persona con el sentido de conservar y restaurar las capacidades prácticas, afectivas y de relación (Bayés R. 2006).
- U **CONSULTA BIDISCIPLINARIA:** Máxima instancia científica institucional en el ámbito de servicios médicos asistenciales, encargada de realizar análisis técnico- científico de los casos oncológicos de cirugía de mama, definiendo el plan de manejo del paciente; de acuerdo a exámenes de extensiones presentados por el usuario.

U

## 6. CADENA CLIENTE PROVEEDOR

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
Usuario que requiere los servicios de la unidad de cancerología	<p>Usuario</p> <p>EAPB</p> <p>Unidades asistenciales del hospital</p>	<p>Remisión, reporte de patología, historia clínica, paraclínicos o imágenes según la atención que va a recibir, documento de identidad.</p> <p>Autorizaciones de su EAPB.</p>	<b>Asignación de citas</b>	<p>Cita asignada y registrada en el formato de asignación de citas con fecha y hora. Apertura de historia clínica con todos los documentos necesarios.</p> <p>Consentimiento Informado aprobado por el usuario y programación de cita para el servicio solicitado.</p>	<p>Usuario</p> <p>EAPB</p> <p>IPS</p> <p>Analista de cuentas</p>	<p>Cita asignada oportunamente y registrada en formato control de asignación de citas.</p> <p>Historia clínica completa del paciente.</p> <p>Cita validada y asignada correctamente por el Call center.</p> <p>Usuario debidamente informado sobre el proceso a seguir.</p>
Cita asignada por Call Center; reportada al usuario por llamada o por mensaje de texto en caso de no ser contestada la llamada	Call Center	<p><b>Servicio Ambulatorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cita</li> <li>• Orden medica</li> <li>• Autorización vigente</li> <li>• Documento de identidad (fotocopia).</li> <li>• Paciente nuevo de procedencia diferente al municipio de Neiva: apertura de historia</li> </ul>	<b>Liquidación de facturas unidad de Cancerología</b>	Facturas debidamente liquidadas	<p>Usuario</p> <p>Auxiliar Administrativo de caja</p> <p>Auditor de cuentas medicas</p> <p>Auditor médico</p>	<p>Pre-Factura del usuario liquidada y soportada.</p> <p>Factura del usuario liquidada y soportada.</p>

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<p>clínica debe presentarse una (1) hora antes de la cita.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente nuevo procedente de Neiva: apertura de historia clínica debe presentarse una (1) hora antes de la cita.</li> <li>• Paciente en control: debe presentarse una (30) minutos antes de la cita.</li> <li>• Seguidamente facturar el servicio.</li> <li>• Para el caso de medicina pre – pagada, pólizas de salud y ARL el paciente debe presentarse con código asignado por el facturador vía telefónica para ser verificado en la plataforma.</li> </ul>				
Facturas debidamente liquidadas	<p>Usuario</p> <p>Analista de Cuentas</p>	<p>Usuario procede al pago de: factura y copago, cuota moderadora u otro.</p> <p>El analista de cuenta debe reportar el recibo de</p>	<b>Recaudo monetario por caja</b>	<p>Factura</p> <p>Recibo de caja firmado con su respectivo sello</p>	<p>Auxiliar Administrativo</p> <p>Facturación Caja</p> <p>Auditor de</p>	Factura o recibos de caja con nro. consecutivo, firmados por el auxiliar de caja y con su respectivo sello.

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<p>copago, cuota moderadora o cuota de recuperación al servicio.</p> <p>Tener en cuenta que:</p> <p>Si el pago es en efectivo: dinero en pesos.</p> <p><b>Si el pago es con tarjeta de crédito:</b> tarjeta crédito y cédula de ciudadanía del titular.</p> <p><b>Si el pago es con tarjeta débito:</b> tarjeta débito.</p> <p><b>Si el pago es con cheque:</b> Cheque con el visto bueno del subgerente financiero.</p>			Cuentas	
<p>Factura</p> <p>Recibo de caja firmado con su respectivo sello</p>	<p>Usuario</p> <p>Auxiliar Administrativo de caja</p>	<p>La factura del procedimiento debe corresponder con lo autorizado por la EAPB.</p> <p>Recibos de caja o Factura con N°. de consecutivo, firmados por el auxiliar de caja o</p>	<p><b>Atención en el servicio de Cancerología</b></p>	<p>Entrega de reporte de la atención recibida en la unidad de cancerología al usuario o familiar.</p>	<p>Usuario</p> <p>EAPB</p> <p>Auxiliar Administrativa</p> <p>Unidades asistenciales de</p>	<p>Usuario satisfecho y atendido oportunamente bajo criterios de calidad.</p> <p>Resultado de la atención entregado al usuario oportunamente.</p> <p>Usuario informado y con</p>

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 13 de 98</b>

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		facturador y con su respectivo sello.			la entidad	conocimientos claros con relación a la atención recibida y el proceso a seguir.

## 7. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO CON METODOLOGÍA 5W1H

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
1.	<b>Asignación de citas</b>	Call center	Una vez el usuario reciba la cita para la prestación de servicios a la unidad de Cancerología y cumpla con los requisitos para la asignación de citas (ver requisitos de entrada del procedimiento).	De acuerdo con el procedimiento <b>AUE-UC-P-001-001</b>	Por vía telefónica al Call center	Programar la cita para apertura de historia clínica y emitir la fecha y hora de la atención.
2.	<b>Liquidación de facturas unidad de Cancerología</b>	Auxiliar Administrativo en Admisiones y Autorizaciones / Analista de Cuentas / Auditor de Cuentas Médicas / Coordinador del Servicio	Una vez el usuario presente los documentos requeridos para la prestación del servicio en Consulta Externa o Ambulatorio, de acuerdo, a lo establecido en el procedimiento de Asignación de citas.	De acuerdo con el procedimiento <b>GF-FAC-P-001-006</b>	Unidad de Cancerología	Cumplir con la normatividad vigente y obtener de la entidad responsable de pago, la autorización de servicios de salud prestados por la institución o según contratación o acuerdo de voluntades si aplica.
3.	<b>Recaudo</b>	Auxiliar	Una vez el usuario requiera	De acuerdo con	Caja de consulta	Garantizar el recaudo eficaz

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 14 de 98

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
	monetario por caja	Administrativo de Caja	realizar el pago por prestación de servicios.	el procedimiento <b>GF-T-P-002-001</b>	externa y urgencias	de los dineros que ingresan a la E.S.E. H.U.H.M.P. por la prestación de servicios médicos y hospitalarios, otras entidades u otros conceptos.
4.	Atención en el servicio de Cancerología	Equipo interdisciplinario - Cancerología	Una vez presente la documentación requerida (factura, recibo de caja si lo requiere) para realizar el procedimiento o la consulta.	De acuerdo con el procedimiento <b>AUE-UC-P-001-002</b>	Unidad de Cancerología	Garantizar que el servicio solicitado se realice oportunamente, cumpliendo con los criterios de calidad establecidos por la E.S.E HUHMP.

## 8. ADVERTENCIAS GENERALES

-  Recuerde dirigirse al usuario y/o acompañante amablemente y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia y el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución de igual forma informar sobre los deberes y derechos de los usuarios.
-  Recuerde que por seguridad y humanización de los servicios se debe llamar al usuario por sus nombres y apellidos completos, nunca por su número de cama o diagnóstico.
-  Recuerde presentarse ante el paciente y acompañantes con nombre, apellido y cargo y adopte una actitud de servicio.
-  Recuerde permanecer con la identificación visible.
-  Tenga en cuenta que usted hace parte de la imagen de la institución por lo tanto siempre debe adoptar una actitud de servicio, amabilidad y brindar un trato digno y cortés al usuario que está atendiendo, lo anterior hace parte de los derechos del usuario y por lo tanto hay que respetarlos.
-  Aplique las normas de cortesía como: saludar, pedir el favor, agradecer, mirar a los ojos al usuario, durante cualquier contacto con el paciente o sus acompañantes.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 15 de 98</b>

-  Tenga presente que debe verificar antes de asignar una cita de forma presencial, telefónica o vía email que el paciente tenga la documentación y exámenes solicitados para su control o para su cita de primera vez actualizados, y asegurándose que haya comprendido la información suministrada.
-  Recuerde brindar información a los familiares cuando se trate de usuarios menores de edad, capacidad limitada o en estado de inconsciencia, con lenguaje claro y preciso; la información de todo tipo (Derechos y Deberes, clínica, administrativa y demás) debe suministrarse a una persona mayor de edad y responsable (cuidador directo del paciente).
-  Recuerde al paciente y acompañantes que los Derechos y Deberes (D&D) pueden consultarlos en los canales de comunicación institucionales; de igual manera motívelos a su lectura y conocimiento para que pueda exigirlos en el proceso de atención.
-  Informe a los adultos que acompañan a menores, el cuidado de estos para evitar posibles robos, lesiones físicas al menor y daños a la institución.
-  Si el paciente requiere algún tipo de aislamiento durante la estancia en el servicio, bríndele la mayor comodidad posible para lograr el cumplimiento de este procedimiento, sin vulnerar su dignidad.
-  Tenga presente que debe verificar la identificación del paciente durante toda la atención (nombre y apellidos completos y documento de identificación), especialmente en los momentos más críticos como por ejemplo al momento de administrar un medicamento, realizar un procedimiento, al trasladar a un usuario hacia otro servicio y en fin en todos los momentos críticos; para lo cual debe tomar como referente la información consignada en la cabecera de la cama, historia clínica y demás mecanismos de identificación.
-  Informe que dentro de los derechos el usuario tiene la “segunda opinión médica”, cuando se presenten situaciones de inconformidad frente al diagnóstico o manejo de la condición del usuario informe, puede acceder a ella.
-  Brinde instrucciones claras, precisas y comprensibles al paciente, de acuerdo con su nivel socio cultural y nivel de escolaridad, teniendo en cuenta su estado emocional y su nivel de educación, sobre aspectos tales como: su condición de salud, riesgos y complicaciones del procedimientos médicos y quirúrgicos; recuerde que hace parte de un derecho del usuario.
-  Agende consulta de morbilidad a todo paciente que inicie radioterapia.
-  Agende consulta de morbilidad acorde a la necesidad del paciente en quimioterapia.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 16 de 98</b>

 Recuerde identificar factores de riesgo, así como signos y síntomas de maltrato o de violencia sexual, infantil o a la mujer, y en caso afirmativo informe la situación o remítase a la guía establecida por la Institución para saber qué hacer.

 Tenga en cuenta que todo paciente oncológico utilice los elementos de protección personal y las medidas de bioseguridad.

 Tenga presente aplicar las barreras de seguridad del paciente, establecidas por el hospital durante la estadía del paciente en la institución, tales como:

- Realice una adecuada valoración.
- Revise los sitios de venopunción en cada administración de medicamentos.
- Valore el estado de la piel para detectar zonas de presión o úlceras por decúbito, consignarlo en la HC y tomar las medidas pertinentes de acuerdo con el protocolo.
- Realice los cambios de posición, de acuerdo con lo establecido en el reloj definido para tal fin.
- Involucre al paciente en su plan terapéutico y asegúrese que haya comprendido la información suministrada (aplique estrategia de realimentación).
- Las bolsas recolectoras de fluidos (orina, sangre, líquido pleural, etc.) no deben estar en el piso.
- Aplique los correctos antes, durante y después para la administración de medicamentos y el protocolo de administración de medicamentos para evitar eventos adversos relacionados con su aplicación; así como informar al paciente sobre los riesgos y signos de alarma.
- Aplique los correctos para la administración de Hemoderivados, informe al paciente sobre los riesgos y signos de alarma; y realizar la verificación cruzada entre el médico y enfermero(a).
- Identifique los signos predictivos de deterioro del estado del paciente, e informe oportunamente al médico del servicio.
- Recuerde realizar doble verificación en la administración de medicamentos.
- Identifique el uso de medicamentos de manera habitual por los pacientes (reconciliación medicamentosa) y que deban ser administrados durante su estancia en el servicio como parte del tratamiento, por lo tanto, usted debe verificar que se encuentran ordenados para continuar con su administración.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 17 de 98</b>

-  Al detectar en el paciente secreción purulenta, absceso o celulitis difusa en sitio de intervención quirúrgica; o fiebre, ardor o molestia para orinar, acompañado de dolor en hipogastrio; o tos, esputo purulento, RX de tórax infiltrado que sugiere infección; o inflamación, edema, calor rubor o secreción purulenta en sitio de inserción del catéter, fiebre o escalofrío; sospeche que está en presencia de un caso de infección intrahospitalaria el cual debe informarlo al médico tratante y al responsable de infecto-logía y reportarlo como un posible evento adverso.
-  En caso de identificar que la atención solicitada es producto de un evento adverso ocurrido en el hospital o en otra institución o se trata de una Re consulta por la misma causa antes de 72 horas lo debe reportar a Seguridad del Paciente.
-  Está prohibido aplicar medicamentos o realizar procedimientos que no estén ordenados por escrito en la historia clínica, salvo durante un código azul o código rojo.
-  Registre en la historia clínica todos los procedimientos realizados, tratamientos aplicados, valoraciones realizadas y diligenciar todos los registros establecidos para el paciente.
-  La comunicación asertiva entre los integrantes del equipo de salud.
-  Registre siempre en la historia clínica y en el formato los posibles eventos de seguridad identificadas durante la atención, y reportarlo a través de los canales establecidos en la institución.
-  Aplique en todas las actividades los respectivos protocolos y guías de la institución.
-  Tenga presente las guías de respuesta rápida para el manejo de los eventos adversos.
-  Tenga en cuenta que el hospital cuenta con guías rápidas de manejo de equipos en caso de que tenga dudas de su funcionamiento.
-  Garantice la privacidad y la cadena de custodia de la HC y los registros asistenciales.
-  Cuando sea necesario, oriente a pacientes y acompañantes que requieran apoyo emocional o espiritual según lo descrito en el documento establecido por la institución.
-  En caso de que el usuario no quiera recibir un proceso de atención que sea prestado por la institución debe diligenciar el desistimiento del consentimiento informado relacionado al procedimiento.
-  En caso de demora en la atención, se deben presentar disculpas por respeto al paciente y a sus acompañantes.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 18 de 98</b>

-  Deposite en la bolsa roja todos los elementos contaminados que hayan estado en contacto con el usuario y elementos cortopunzantes en el guardián; tenga en cuenta los lineamientos establecidos en el manual de gestión residuos hospitalarios.
-  En caso de presentarse inconvenientes, inquietudes o que el usuario no se encuentre a gusto con el proceso de atención; oriéntelo para que pueda presentar una queja, petición o sugerencia. Infórmele que su opinión es muy importante para la Institución.
-  Al enviar un equipo biomédico, de sistemas o mobiliario a mantenimiento, debe realizar previa limpieza o desinfección a fin de garantizar que el mantenimiento preventivo o correctivo pueda realizarse sin generar riesgos para el personal que los realiza.

Recuerde que en la quimioterapia por primera vez, se debe realizar la educación de inducción en donde se orienta, educa e informa al paciente y familia en el tratamiento, efectos adversos asociados a la quimioterapia, promoviendo prácticas de autocuidado articulando el trámite administrativo con el que se debe enfrentar.

No olvide puntualizar con el usuario y familia los conceptos de acuerdo a su patología. Estos son:

Concepto de cáncer:

el cáncer es una enfermedad que puede surgir en cualquier parte del cuerpo y consiste en el crecimiento acelerado y desordenado de las células. Afecta a los seres humanos sin distinción de la raza, género, nivel socioeconómico o cultural y puede presentarse en cualquier etapa de su vida.

El cáncer es una enfermedad que se puede curar y es contagiosa. En general el cáncer se desarrolla muy lentamente y necesita muchos años antes de producir malestar. Las células anormales crecen primero en el sitio de origen y sino es diagnosticado y tratado a tiempo se extiende a otras partes del cuerpo.

Tratamiento del cáncer:

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 19 de 98</b>

El tratamiento para el cáncer depende de las características del tumor, estado de la enfermedad (temprano o avanzado), presencia o no de metástasis (diseminación de células cancerosas a un lugar u órgano alejado del lugar u órgano donde se encuentra el cáncer original) y estado general del paciente.

Los tratamientos son: la cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal, cuyo objetivo es la destrucción de las células tumorales. Un paciente puede requerir de uno o varios tratamientos.

cirugía oncológica:

Es muy importante en el tratamiento del cáncer, consiste en extraer completamente el tumor o parte de él. Así mismo, la cirugía puede ser paliativa mejorando la función de algún órgano afectado

Quimioterapia:

La quimioterapia es el uso de medicamentos tóxicos(citotóxicos) para destruir células cancerosas. Se diferencia de otros tratamientos para el cáncer porque es sistémica, es decir circula por todo el organismo a través del torrente sanguíneo. En ocasiones se utiliza un solo medicamento, mientras que en otros casos es necesario la combinación de varios medicamentos al mismo tiempo. La quimioterapia puede ser combinada con otros tipos de tratamiento como la cirugía, la radioterapia o la terapia hormonal.

Tipos de quimioterapia:

poliquimioterapia: es la asociación de varios citotóxicos que actúan de manera diferente, con el fin de disminuir la dosis de cada medicamento y aumentar el efecto de los medicamentos mezclados.

Quimioterapia ayudante: Es la quimioterapia que se administra generalmente después de un tratamiento principal como la cirugía, para disminuir la posibilidad de la propagación del cáncer.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 20 de 98</b>

Quimioterapia neoadyuvante o de inducción: es la quimioterapia que se inicia antes de cualquier tratamiento quirúrgico o de la radioterapia, se realiza con la finalidad de disminuir tamaño del tumor para mejorar los resultados de la cirugía y de la radioterapia.

Radioquimioterapia: también conocida como quimioterapia concomitante con radioterapia, esta se administra el mismo día en horario diferente o a la vez con la radioterapia, su objetivo es aumentar el efecto de la radiación local. Con la finalidad de disminuir el Tamayo del tumor para mejorar los resultados de la cirugía y de la radioterapia.

Radioterapia: la radioterapia externa es un tratamiento localizado, mediante el cual se utiliza un equipo que genera energía (radiación ionizante) que se emite al sitio del tumor con el propósito de destruir las células tumorales. En Algunos casos este tipo de tratamiento puede ser urgente sobre todo cuando existe hemorragias o compresión de nervios importantes y dolor agudo asociado al cáncer.

Braquiterapia: la braquiterapia o radioterapia interna consiste en el tratamiento mediante el uso de fuentes radioactivas encapsuladas colocadas en los tejidos ya sea en contacto superficial, en el interior de cavidades (intracavitaria) o insertada en los tejidos (intersticial). Se usa para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño del tumor.

El tratamiento consiste en colocar unas semillas o fuentes radioactivas en el tumor a través de tubos flexibles llamados catéter, estas semillas se deja durante unos minutos durante cada tratamiento, el tratamiento puede ser por varios días.

Terapia Hormonal: la terapia hormonal es un tratamiento que consiste en utilizar medicamentos para bloquear la actividad de las hormonas que contribuyen al crecimiento del cáncer y de esta forma se impide el crecimiento de células cancerosas. Recuerde que al usuario y familia se le debe explicar de manera clara y sencilla su patología, en donde pueden surgir las siguientes preguntas:

1. ¿Como actúa la quimioterapia? Una vez los medicamentos ingresan a su organismo se distribuyen en su cuerpo atacando y destruyendo las células malignas por diversos mecanismos, impidiendo el crecimiento y multiplicación de las células cancerosas.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 21 de 98</b>

2. ¿Como se administra la quimioterapia? Los medicamentos quimioterapéuticos se pueden administrar de diferentes formas:

- vía intravenosa: es la principal y más utilizada para la administración de la quimioterapia, para su aplicación se necesita canalizar una vena con catéter por donde ingresa el medicamento; en algunos casos puede requerir infusiones continuas, para lo cual nos ayudaremos con un catéter implantable o catéter picc.
- vía intramuscular: es una forma de administración en la que el medicamento se inyecta dentro del musculo.
- vía subcutánea: es la colocación del medicamento a través de la piel para llegar al espacio localizado entre la piel y el musculo.
- vía oral: son aquellos que usted puede tomar (pastas, capsulas, píldoras, líquidos o jarabes), se deben ingerir depositándolos en un recipiente (no manipularlos con las manos), bajarlos solamente con agua pura, mantenerlos en un lugar fresco, consumirlo siempre a la misma hora todos los días así el organismo tolerara mejor el mismo y disminuirán los efectos secundarios, no dejarlos al alcance de los niños ni de las mascotas.
- vía intratecal: es el procedimiento mediante el cual se administra el tratamiento en la columna del paciente y se realiza en los niños en salas de cirugía y en los adultos en sala de procedimientos de la unidad de cancerología.
- Otras vías de administración: intraperitoneal (abdomen), intravesical (vejiga), tópica (aplicación directa sobre la piel)

3. ¿Cual es la duración del tratamiento? El tratamiento puede durar varios meses, dependiendo de diversos factores:

- Intención del tratamiento (curativo o paliativo)
- Estado general del paciente
- Tolerancia y respuesta al tratamiento
- Alteración de las funciones de los órganos principales (riñón, hígado, corazón, pulmón, sistema nervioso)
- Dependiendo de estos factores su médico le definirá el número de aplicaciones (ciclos) a recibir. El número de ciclos y la periodicidad de estos, varía de acuerdo al tipo de medicamento y al tipo de cáncer. Así mismo, cada ciclo puede ser diario, semanal, quincenal, cada 3 o 4 semanas. En algunos casos puede requerir hospitalización para su aplicación.
- Antes de la aplicación de cada ciclo de tratamiento de quimioterapia usted será valorado por su médico, quien de acuerdo a esta valoración y los reportes de los exámenes o pruebas solicitadas, autorizará la continuidad de su

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 22 de 98

tratamiento.

4. ¿Duele la quimioterapia? Normalmente la quimioterapia no causa dolor, en algunos casos cuando se administra intravenosa, ciertos medicamentos causan un leve ardor durante o después de su administración, síntomas que debe informar al personal de enfermería en el momento para realizar el cambio de venopunción.
5. ¿Se pueden tomar otros medicamentos durante el tratamiento? Algunas medicinas pueden interferir con los efectos de la quimioterapia, por esto es importante que usted informe a su médico si está consumiendo otro tipo de medicamentos. Evite consumir otros medicamentos sin autorización de su médico.
6. ¿Se puede trabajar durante el tratamiento? Si, aunque se presentan algunos casos en que debe suspender temporalmente sus actividades laborales, esto depende del tratamiento, efectos secundarios, tipo de tumor y condiciones generales, su médico o enfermero le explicara.
7. ¿Como se sabe si la quimioterapia está funcionando? El medico utiliza algunos métodos para medir la respuesta a los tratamientos. Frecuentemente el oncólogo realiza examen físico, prueba de laboratorios, radiografías, escanografias y otros estudios para conocer la respuesta. En algunos casos usted mismo puede evaluar si la quimioterapia está funcionando ya sea por la disminución del dolor, tamaño de la masa o los síntomas que le causa la enfermedad.
8. ¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia? Existen efectos esperados relacionados a la quimioterapia; no solamente estos efectos se relacionan con la administración intravenosa, la quimioterapia oral también es toxica por lo que requiere un manejo especial y seguimiento estricto por el especialista. Los efectos secundarios dependen de los medicamentos que se usen, la cantidad que se administre y la duración del tratamiento. La mayoría de los efectos secundarios son temporales y desaparecen al poco tiempo de finalizado el tratamiento, es decir al cumplir todos los ciclos programados. No todos los medicamentos causan todos los efectos secundarios que se explican a continuación:

No olvide los medicamentos quimioterapéuticos pueden causar efectos relacionados con la sangre, estos son:

Los medicamentos de la quimioterapia pueden disminuir los componentes de la sangre, esta disminución suele ser temporal, los efectos mas frecuentes son:

- u Leucopenia: es la disminución de los glóbulos blancos (defensas) y el organismo se hace más susceptible a contraer

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 23 de 98

enfermedades o infecciones. Este efecto no se presenta durante todo el tratamiento.

Recomendaciones:

- \* lavarse las manos con frecuencia, tanto usted y las personas con quien tiene contacto.
- \*evite el contacto con personas con resfríos, virosis etc.
- \* evite asistir a lugares concurridos y aglomeraciones
- \* no se realice tratamientos dentales mientras su recuento de glóbulos blancos este bajo o sin previa autorizaicon de su medico tratante.
- \*los alimentos que deben ingerir siempre deben ser cocidos.
- \*debe continuar con su aseo personal habitual.
- \* en caso de presentar fiebre cuantificada (tomada con termómetro) de 38 grados o más; escalofríos o temblores, inicio repentino de un dolor sin causa aparente, sensación de ardor al orinar, secreción o picazón vaginal, enrojecimiento, hinchazón o molestia, especialmente alrededor de una herida o una llaga; acuda a su servicio de urgencias e informe sobre el tratamiento de quimioterapia que está recibiendo.

**U** Anemia: disminución de los niveles de hemoglobina y hematocrito. En algunos casos necesitara suplemento de medicamentos o transfusiones, para normalizar esos valores. En ocasiones causan dificultad para respirar, cansancio, mareo, palidez, tendencia a sentir frio. Si estos síntomas son intolerables, usted debe consultar con su médico tratante.

Recomendaciones:

- \*consume alimentos ricos en hierro (lentejas, hígado acelgas, espinacas etc.)
- \*Realizar la transfusión ordenada por el medico si es el caso.

**U** Trombocitopenia: disminución de las plaquetas. Este componente de la sangre es el encargado de ayudar a controlar el sangrado. Algunas de las señales de disminución de las plaquetas son: petequias (puntos rojos en la piel) moretones, heridas que sangran más tiempo de lo normal, sangrado espontaneo por nariz encías, orina o materia fecal:

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 24 de 98</b>

**Recomendaciones:**

- \*no tome medicamentos que afecte la función de las plaquetas ejemplo: aspirina, ibuprofeno, naproxeno.
- \*utilice el cepillo de dientes con cerdas muy suaves y en caso de usar hilo dental, hágalo con cuidado. Durante esta etapa no se realice extracciones dentales.
- \*evite el uso de material cortante (cuchillas de afeitar, navajas, cuchillos, etc.), para evitar cortaduras y evite golpes, en caso de sangrado haga presión suave sobre la herida y si el sangrado continuo consulte de inmediato al servicio de urgencias.
- \*en caso de presentar sangrado sin causa aparente; acuda a su servicio de urgencias e informe al médico sobre el tratamiento que está recibiendo.

Efectos relacionados con el sistema digestivo (boca, esófago, estomago, intestino delgado, colon recto y ano)

- U** Boca y garganta: algunos medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer producen dolor, enrojecimiento y ulceraciones de la boca y garganta, en algunas ocasiones puede aparecer placas blancas, estas suelen presentarse del séptimo al décimo día, después de aplicado el tratamiento.

**Recomendaciones:**

- \*realizar una frecuente y buena higiene oral. Visite a su odontólogo periódicamente antes y durante el tratamiento si el oncólogo lo autoriza.
- \*consuma abundantes líquidos
- \*chupar hielo o helado
- \*consuma yogurt frio o helado, es sedante de la mucosa oral y rico en proteínas.
- \*utilizar un cepillo de cerdas suaves. Puede suavizar las cerdas colocándolo en agua tibia antes de cepillarse. Si cepillarse le causa sangrado puede limpiar los dientes y encías con copitos de algodón o bajalenguas envuelto en gasas.
- \*evite consumir alimentos muy calientes, muy sazonados, ácidos y tostados.
- \*evite el consumo de tabaco o alcohol.
- \*utilice un pitillo para pasar fácilmente los líquidos
- \*consuma alimentos blandos, suaves, licuados o en pure, facilitan la alimentación
- \*si utilizas prótesis dentales removibles, se debe retirar hasta que las molestias de la boca desaparezcan.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 25 de 98

\*utilice vaselina o hidratante para labios, así controlara la resequedad.

\*evite enjuagues bucales que contengan alcohol

\*enjuague la boca tres o cuatro veces al día con una solución de ¼ de cucharadita de bicarbonato de sodio y una pizca de sal disuelta en una taza de agua tibia.

\* utilice la fórmula magistral preparada un frasco de nistatina, dexametasona, lidocaína jalea, hidróxido de aluminio y difenhidramina.

**U** Náuseas y vomito: las náuseas y el vómito por lo general ocurre al mismo tiempo, puede tener una aparición aguda (el mismo día) tardía durante 1 a 5 días posteriores a la administración de la quimioterapia o de forma anticipada desencadenada por recuerdo de los ciclos previos. Actualmente existen medicamentos que en la mayoría de los pacientes disminuyen las náuseas y el vómito. Es importante que usted informe al médico o enfermero si no controla las náuseas y el vómito para reforzar los antieméticos.

Recomendaciones: \*consuma abundante liquido

\*coma y beba lentamente, mastique bien

\*ingiera los alimentos en porciones pequeñas, durante todo el día.

\*evite consumir alimentos dulces, fritos, grasos o muy condimentados.

\*evite olores molestos, como humo y perfumes

\*utilice ropa holgada

\*respire profundo y lentamente cuando sienta nauseas

\*después de comer espere un mínimo de dos horas para acostarse.

**U** Diarrea la quimioterapia puede afectar las células que recubren el intestino produciendo deposiciones blandas y acuosas al inicio pueden ser manejadas por usted y su familia, pero si presenta de siete o más deposiciones en 24 horas, o presenta dolor o melenas (deposiciones con sangre), calambres debe consultar a su servicio de urgencias e informar sobre el tratamiento que está recibiendo.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 26 de 98

Recomendaciones: \* Beba muchos líquidos livianos(8 a 10 vasos por día) ejemplo: agua, jugos en agua, caldos, gelatina o suero oral

\*ingiera con frecuencia pequeñas cantidades de alimentos blandos y livianos, bajos en fibra como, por ejemplo: banano, arroz, arroz fideos, pan blanco, pollo sin piel etc

\*evite alimentos grasos, frituras, frutas o vegetales crudos, condimentos, panes y cereales integrales, frutos secos y palomitas de maíz. Comidas y bebidas que provoquen gases (frijoles, repollo, col, apio, bebidas gaseosas)

\*evite el consumo de leche o sus derivados

\*restrinja el consumo de bebidas con cafeína y las bebidas extremadamente calientes o frías.

**U** Estreñimiento: evacuaciones intestinales poco frecuentes, duras y difíciles.

Recomendaciones: \*coma alimentos ricos en fibra, frutas (peras, ciruelas pasas, papaya, pitahaya), cereales y vegetales.

\*beba diariamente de 2 a 3 litros de líquidos (agua o jugos)

\*evite el reposo prolongado, estar sentado o acostado por largo tiempo.

No olvide que los medicamentos quimioterapéuticos pueden causar efectos sobre el cabello y la piel, estos son:

**U** Cabello: se suele asociar el termino de quimioterapia con pérdida del pelo, sin embargo, no todos los pacientes con quimioterapia pierden el pelo, dependen del tipo de tratamiento quimioterapéutico. La caída del cabello es una experiencia que genera muchas emociones, pero es pasajero y se presenta únicamente durante el tratamiento, al finalizar el mismo tendrá de nuevo cabello sano y fuerte; quizá cambie de liso a rizado o de color (depende de cada persona)

Si el tratamiento elegido conlleva a la caída del pelo, esto sucederá habitualmente entre la segunda y tercera semana, el pelo se cae poco a poco; a veces hay un poco de dolor a nivel del cuero cabelludo (un par de días), no se extrañe si esto no ocurre con usted, recuerde que cada persona es diferente y su organismo responde de una forma individual; por lo anterior corte su cabello completamente antes que comience a caerse para evitar estas molestias. Pese que el mercado ofrece muchos productos para evitar la caída del pelo ninguna de ellas ha demostrado una eficacia real para evitarlo.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 27 de 98</b>

En ocasiones puede notar la caída de las cejas y pestañas, que no siempre sucede, en casos de quimioterapia intensa puede ocurrirle (también es temporal)

Recomendaciones:

\*use champú suave

\*use cepillos suaves para peinar el cabello

\*evite utilizar secador para el pelo si requiere hacerlo hágalo en temperatura mínima

\*no se realice procedimientos como permanentes, rayos tinturas u ondulados para arreglar su cabello.

\*use cabello corto porque así lucirá mas grueso y pesado

\*use bloqueador solar en el cuero cabelludo, sombreros, pañoletas o pelucas para proteger su cuero cabelludo de los rayos del sol.

**U** Piel y uñas: los cambios en la piel durante la quimioterapia son muy frecuentes, pueden ser en mayor severidad como son:

- Resequedad
- Oscurecimiento de la piel
- Los trayectos venosos suelen pigmentarse
- Descamación de las manos y piel por falta de humectación
- Enrojecimiento
- Las uñas pueden ponerse quebradizas y frágiles
- Las uñas suelen cambiar de color
- La piel puede estar más sensible al sol

Recomendaciones:

\* mantener una piel limpia y seca, después del baño emplee crema o aceite corporal con PH neutro

\*utilizar cremas hidratantes para la resequedad varias veces al día, según necesidad

\* evite baños prolongados de agua caliente, es preferible duchas cortas con agua tibia, el agua caliente reseca más la piel.

\*utilice calzado cómodo, que no ajusten los dedos de los pies.

\*tenga cuidado al arreglar las uñas para evitar lesiones e infecciones.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 28 de 98</b>

\*utilice un adecuado protector solar, si su piel es muy sensible a la luz solar (ideal en loción y no en crema).

Otros efectos:

- U Sofocos: es la sensación de calor, muchas veces acompañado de sudoración y/o enrojecimiento de la piel, estos son más frecuentes en la noche; para mejorar este aspecto usted puede ducharse con agua templada y coloque un paño de algodón sobre la almohada de tal forma que si suda, pueda cambiarlo fácilmente. Consulte con su médico la posibilidad de algún tratamiento que le ayude a mejorar los síntomas.
- U Sequedad vaginal: esta sintomatología puede causar molestias durante la relación sexual, consulte con su médico acerca del empleo de lubricantes vaginales para mejorar dicha molestia.

<b>DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>AUE-UC-P-001-001</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>Asignación de citas para apertura de historia clínica e inicio de la atención solicitada</b>
<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Auxiliar de Enfermería o Auxiliar Administrativo y call center
<b>OBJETIVO</b>	Programar cita para apertura de historia clínica y emitir la fecha y hora de la atención.
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	<p><b>Recursos Físicos:</b> Documentación (solicitud médica para la especialidad remitido, autorización del servicio, copia de la historia clínica, registro y evoluciones de administraciones de tratamiento si ha recibido atención en otra institución, estudios de extensión o reporte de laboratorios de acuerdo al servicio requerido, copia de documento de identificación y patología), equipos biomédicos e instalaciones locativas.</p> <p><b>Recursos Tecnológicos:</b> Puntos y red de datos, computador, impresora, software institucional, acceso a bases de datos, teléfono.</p> <p><b>Recursos Humanos:</b> Auxiliar de Enfermería o Auxiliar Administrativo y call center</p>
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Alimentación del formato en Excel del sistema SIIGHOS PLUS, consentimiento informado, archivo digital del consecutivo de apertura de historias clínicas.
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia;</li> </ul>

- aplique los contenidos del manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
- Brinde al paciente o a su acompañante información de forma clara, completa y comprensible, sobre los trámites y requisitos para acceder al servicio requerido (consulta-procedimientos-administración de tratamiento quimioterapia o biológicos-radioterapia-braquiterapia) y realice el registro completo en la historia clínica.
  - Recuerde verificar siempre la autorización del servicio requerido (vigencia-códigos CUP)
  - Asegúrese que todas las fechas de los documentos deben coincidir-los medicamentos con la evolución, con la dosis y con la autorización, y que se encuentren vigentes.
  - Revise el reporte de patología neoplásica con fin de confirmar diagnostico de alto costo.
  - Recuerde que todo paciente con diagnostico confirmado de cáncer debe de agendarse para valoración primero con el hematólogo o con el oncólogo y luego con psicología y trabajo social.
  - Informe al usuario de las condiciones en las que debe asistir para el procedimiento.
  - Asegúrese que la historia clínica este organizada de forma cronológica (teniendo en cuenta las fechas)

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Asignación de citas - Pacientes	<p>La asignación de citas se realiza previa verificación de documentos necesarios para que el medico pueda realizar la consulta médica de manera adecuada.</p> <p><b>La asignación de la cita se genera por medio de solicitudes provenientes de:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Solicitud interna (requerida por equipo de quimioterapia y/o radioterapia en casos de pacientes en tratamiento activo (Concomitancias).</li> <li>b. Solicitud externa (requerida por usuarios, otras IPS (provenientes de hospitalización).</li> </ol> <p><b>El agendamiento y la asignación es realizada por parte del Call Center.</b></p> <p><b>Los tipos de citas son:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Primera vez: Entiéndase por usuario que proviene de otro prestador y/o paciente que procede de hospitalización y no ha sido tratado en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E. (H.U.H.M.P. E.S.E.).</li> <li>b. Post – operatorio (antes valor uno (1): Entiéndase por usuario que cursa tratamiento en Unidad de Cancerología del HUHMP ESE o el post – operatorio quirúrgico institucional (hasta 30 días de la cirugía).</li> </ol>

c. Control: Entiéndase por usuario que siendo tratado en la Unidad de Cancerología del HUHMP ESE no se encuentra en tratamiento, pero está bajo control periódico emitido por el médico tratante, usuarios que soliciten cambio de especialista durante su tratamiento.

**Los medios de solicitud de citas son:**

- a. Vía mail: unidad.cancerologia@huhmp.gov.co , solicitud de cita de primera vez, debe soportarse con orden médica, autorización del servicio, patología; se revisan soportes de la solicitud y se reporta a Call Center para la asignación de acuerdo a la capacidad instalada.
- b. Presencial: solicitud de cita de primera vez, debe soportarse con orden médica, autorización del servicio, patología; se revisan soportes de la solicitud y se reporta a Call Center para la asignación de acuerdo a la capacidad instalada.
- c. Telefónica: 863 16 84 línea de oncología Call Center, solicitud de cita de control, debe reportarse autorización del servicio.

El reporte al usuario (nombre del médico, lugar, fecha y hora más recomendaciones a tener en cuenta) es realizado por el call center a través de llamada al número de contacto aportado en la solicitud; en caso de no responder hasta dos llamados, será enviado mensaje de texto.

**Advertencia:**

- Usuario para apertura historia clínica debe presentarse una (1) hora antes de la cita.
- Usuario para control por especialista debe presentarse treinta (30) minutos antes de la cita.
- Recuerde que todo paciente hospitalizado institucional debe realizarse la asignación de procedimientos de forma presencial coordinada con el jefe del servicio y con acceso al software institucional para la documentación.

**Auxiliar de Enfermería o Auxiliar Administrativo**

1. Reciba al usuario de forma amable y cordial, recepcione los documentos requeridos por la Unidad para apertura e historia clínica, los documentos son:

**PACIENTE ONCOLÓGICO**

- Remisión médica para la especialidad.
- Orden médica.
- Autorización de servicio.
- Copia de historia clínica.
- Estudios de extensión o reporte de laboratorios de acuerdo con el servicio requerido.
- Copia de documento de identificación.
- Informe de patología.
- Original de las fórmulas.
- Original del MIPRES si tiene medicamento NO POS.
- Si el paciente ha recibido tratamiento en otra institución debe traer adicionalmente copia de la última aplicación de su tratamiento.

**PACIENTE NO ONCOLÓGICO**

- Remisión médica.
  - Orden médica.
  - Autorización de servicio.
  - Copia de historia clínica.
  - Copia de documento de identificación.
  - Original de las fórmulas.
  - Original del MIPRES si tiene medicamento NO POS.
  - Si el paciente ha recibido tratamiento en otra institución debe traer adicionalmente copia de la última aplicación de su tratamiento.
  - Reporte de Rayos X de tórax; y de la PPD (Prueba de la Tuberculina) si va a recibir un biológico.
2. Indique al usuario información sobre documentos faltantes, en caso de no cumplir con todos los requisitos.
  3. Programe cita para apertura de historia clínica previa verificación de cumplimiento del 100% de los documentos necesarios.
  4. Registre en el formato del software disponible en la unidad de cancerología, los datos del usuario si cumple con toda la documentación requerida. (Registre de forma completa y verifique la información).

**PARA APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA POR VÍA ELECTRÓNICA (EMAIL), PREVIA VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN REMITIDA POR LA MISMA VÍA**

**Auxiliar de Enfermería o Auxiliar Administrativo y/0 call center**

1. Reciba la solicitud de cita vía telefónica de forma amable y cordial (aplique manual de Atención del usuario-atención telefónica).
2. Solicite al usuario enviar documentos al correo institucional de la unidad.
3. Reciba y verifique la documentación requerida para apertura de historia clínica (orden médica generada por un especialista, autorización de servicios, resumen de historias clínicas o epicrisis).
4. Indique al usuario información sobre documentos faltantes en caso de no cumplir con todos los requisitos y solicite el envío de estos al correo institucional.
5. Reporte al call center para trámite conforme a capacidad instalada.
6. Pregunte al usuario su procedencia para la asignación de la cita de la apertura de historia clínica.
7. Oriente con precisión y claridad al usuario sugiriendo al usuario que tome nota de la información suministrada.
8. Indique de forma clara y entendible al usuario la fecha, hora y lugar que se debe presentar; recomendaciones generales y específicas de acuerdo a la atención que va a recibir, trámites administrativos y de facturación que debe realizar antes de acceder al servicio y el nombre del profesional que lo va a atender.
9. Solicite al usuario que repita la información para verificar si la información ha sido clara

**PACIENTE HOSPITALIZADO NO INSTITUCIONAL**

1. Reciba la llamada de la institución solicitante.
  - Solicitud documentación por vía email.
  - Documento de identidad.
  - Biopsia inicial.
  - Inmunohistoquímica
  - Imágenes diagnósticas.
  - Exámenes de laboratorio.
  - Referencia y remisiones.
  - Epicrisis.
  - Otros soportes de patología.
2. Indague a la persona cuál es el estado del usuario.

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. En caso de que el paciente cumpla con todos los requisitos y su condición física sea aceptable, se informará lugar, fecha y hora de la cita para apertura de historia clínica y cita de consulta médica especializada.</li> <li>4. En caso de encontrarse el usuario en estado crítico será coordinado su traslado con el área de referencia y contrarreferencia para lo de su competencia.</li> </ol>
<p><b>2.</b></p>	<p>Apertura de historia clínica</p>	<p><b>PACIENTE HOSPITALIZADO, AMBULATORIO Y NO INSTITUCIONAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salude al usuario y/o a su cuidador (responsable/adulto), identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el Protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el Manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.</li> <li>2. Solicite al enfermero jefe del servicio el documento de identificación del paciente, soporte de historia clínica y exámenes complementarios realizados al usuario en otras instituciones.</li> <li>3. Registre en el formato del software de la unidad de cancerología los datos que el sistema le solicite de acuerdo con el servicio requerido (Radioterapia en formato Excel; Quimioterapia y procedimientos en la agenda, etc.)</li> <li>4. Organice la historia clínica en orden cronológico, iniciando con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento de identidad.</li> <li>• Biopsia inicial.</li> <li>• Inmunohistoquímica.</li> <li>• Otros soportes de patología.</li> <li>• Imágenes diagnósticas.</li> <li>• Exámenes de laboratorio.</li> <li>• Referencia y remisiones.</li> <li>• Epicrisis.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>SELECCIÓN DE HISTORIA CLINICA SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA</b></p> <p>De acuerdo con el motivo de consulta o procedimiento, se debe enviar la historia clínica a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta externa de cancerología.</li> <li>2. Junta de tumores.</li> <li>3. Radioterapia.</li> <li>4. Quimioterapia.</li> </ol>

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 34 de 98</b>

	5. Archivo.
--	-------------

<b>DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>GF-FAC-P-001-006</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>Liquidación de facturas unidad de cancerología</b>
<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Auxiliar Administrativo en Admisiones y Autorizaciones - Analista de Cuentas – Auditor de Cuentas Médicas - Coordinador del Servicio.
<b>OBJETIVO</b>	Facturar de manera eficiente y eficaz los servicios prestados por la unidad de Cancerología desde el punto de vista legal y contractual, generando una factura que cumpla con todos los requisitos legales y contractuales para que sea radicada oportunamente en los tiempos establecidos, a las diferentes entidades responsables del pago.
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	Infraestructura física (ventanilla de atención y/o puesto, cubículo u oficina), puntos y red de datos, Computador, impresora, Software institucional, acceso a bases de datos, teléfono.
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Factura, Documentos soporte de la factura, Comprobante de servicios médicos, Paz y Salvo.
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifique de la admisión del paciente.</li> <li>2. Verifique el censo de ingresos y de hospitalización de pacientes (Urgencias y Hospitalización).</li> <li>3. Verifique la orden de egreso del paciente por parte del personal asistencial.</li> <li>4. Verifique el total de servicios y/o cargos realizados y aplicados por el personal asistencial (atenciones, exámenes, insumos, medicamentos, estancia, etc.), al paciente que estén registrados y evidenciados en los aplicativos informáticos y en medio físico para aquellos que no están en los sistemas informáticos.</li> <li>5. Informe a la Institución (Hospital) las inconsistencias encontradas en los servicios aplicados al sistema por parte del personal asistencial y que no son atribuibles al proceso de facturación.</li> <li>6. Tenga presente que el proceso de Gestión de Facturación interrelaciona con áreas asistenciales y administrativas del hospital, actividades de estas áreas que deben ser cumplidas por sus responsables de conformidad al manual de procesos y procedimientos de estas áreas, lo anterior con el fin de garantizar una factura con calidad y que cumpla con todos los requisitos normativos legales y contractuales, actividades fundamentales para poder cumplir el objeto del proceso de Gestión de Facturación.</li> </ol>

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Recibir el usuario, dar bienvenida y solicitar documentación	1. Salude amablemente y solicite al acompañante y/o al usuario la documentación requerida para la liquidación del servicio. 2. La documentación a solicitar es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento de identidad (RC, TI, CC, CE, registro de Nacido Vivo).</li> <li>• Autorización del servicio a liquidar.</li> <li>• Orden médica.</li> <li>• Historia clínica y/o evolución médica existente.</li> </ul>
2.	¿Se requiere liquidar una Consulta Médica Especializada o un Procedimiento Ambulatorio?	
2.1	Consulta Médica Especializada	3. Cree el ingreso en el aplicativo institucional: Ingrese al aplicativo institucional al módulo de sistema Gestión Hospitalaria para activar la cuenta, para lo cual digita el número de documento del paciente, escoja Centro de atención (Hospital Universitario Hernando Moncaleano) y escoja la unidad Funcional del ingreso (unidad de Cancerología). Seleccione el tipo de paciente: (materna, menor de 5 años, adulto mayor o población general según el caso). Guardar para archivar las modificaciones. 4. SI / NO aplica cuota moderadora y/o copago? 5. SI Aplica: 5.1 Orientar al usuario a la caja. 5.2 Entregue al usuario la ficha con el número de ingreso y valor a cancelar. Oriente al usuario para dirigirse a la caja para que realice el respectivo pago.  Nota: La actividad de verificación del pago la realizara el auxiliar de enfermería del servicio.  6. NO Aplica: 6.1 Oriente al usuario a la preconsulta. 6.2 Entregue al usuario la ficha la cual incluye nombre del paciente, nombre del médico tratante, tipo de consulta y firma del Analista de Cuentas de Facturación.

		<p>7. Oriente al usuario a la preconsulta. 8. Confirme el servicio prestado. 8.1 Solicite a la auxiliar de enfermería los soportes de la consulta especializada (evolución médica), para la respectiva confirmación del servicio prestado. 9. Liquide el servicio prestado. 9.1 Ingrese a aplicativo institucional, módulo facturación, Ley 100, Liquidación de cuentas y con el número de identificación o número de ingreso liquide la consulta especializada. 9.2 Continúe con la actividad Nro. 3.</p>
2.2	Procedimiento Ambulatorio	<p>10. Oriente al usuario para la programación del procedimiento. Direccione al usuario al área correspondiente, con el fin de que se le agende el servicio a prestar (procedimiento). 11. Solicite la programación diaria. Agendado el servicio correspondiente, se procede a solicitar la programación diaria y se da inicio a la apertura del ingreso. 12. Cree el ingreso en el aplicativo institucional. 12.1 Ingrese al aplicativo institucional al módulo de sistema Gestión Hospitalaria para activar la cuenta, para lo cual digita el número de documento del paciente, escoja Centro de atención (Hospital Universitario Hernando Moncaleano) y escoja la unidad Funcional del ingreso (unidad de cancerología). Seleccione el tipo de paciente: (materna, menor de 5 años, adulto mayor o población general según el caso). guardar para archivar las modificaciones.</p> <p>Nota: En caso específico de las radioterapias, teleterapias y braquiterapias, la creación del ingreso se realizará con base al informe provisional el cual lo genera el médico especialista tratante.</p> <p>13. SI / NO aplica cuota moderadora y/o copago? 14. SI Aplica: 14.1 Oriente al usuario a la caja. 14.2 Entregue al usuario la ficha con el número de ingreso y valor a cancelar. Oriente el usuario a la caja para la realización del respectivo pago. 15. No Aplica: 15.1 Oriente al usuario a la preconsulta. 15.2 Oriente al usuario al área donde se le realizara el procedimiento. 16. Verifique soportes VS prefectura. Con base a los soportes físicos, verifique que el servicio prestado (insumos, medicamentos etc.) Corresponda a lo cargado en el correspondiente ingreso.</p>

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 37 de 98</b>

		17. Liquide el servicio en el aplicativo institucional. Ingrese al aplicativo institucional, opción facturación ley 100, orden de servicio, registre el No. de ingreso del usuario y con base a la orden medica liquide el servicio.
		18. Continúe con la actividad N° 3.
3.	Entregar factura al auditor de cuentas	19. Proceda a entregar la factura con sus debidos soportes al auditor de cuentas, para su respectiva revisión y aprobación.

<b>DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>GF-T-P-002-001</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>Recaudo monetario por caja</b>
<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Auxiliar Administrativo de Caja
<b>OBJETIVO</b>	Realizar el recaudo de dinero que ingresan por medio de la caja de urgencias y consulta externa producto de los servicios médicos y hospitalarios prestados u otros conceptos.
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	<b>Recursos Físicos:</b> Caja registradora, calculadora, caja fuerte y demás implementos de oficina. <b>Recursos Tecnológicos:</b> Equipo de Cómputo, datafono. <b>Recursos Humanos:</b> Auxiliar Administrativo de Caja.
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Recibo de caja, Boucher, cheques, informe diario de caja.
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenga en cuenta que los recaudos en efectivo, tarjetas de crédito y cheques son las únicas formas de pago autorizadas para la recepción en cajas (consulta externa y urgencias).</li> <li>En caso de que exista faltante de talonarios de recibos de caja, previamente con una antelación de tres (3) días, se debe elaborar el requerimiento, indicando la cantidad a utilizar.</li> <li>Recuerde que el auxiliar administrativo de Tesorería debe registrar en un libro radicador el número de talonarios entregados.</li> <li>Tenga en cuenta que antes de elaborar el recibo de caja, el Auxiliar de Caja, debe cerciorarse con qué forma de pago (efectivo o tarjeta) lo va a realizar el usuario.</li> <li>Tenga en cuenta que, en caso de presentarse alguna inconsistencia en el cierre de caja, realizar la reversión del</li> </ul>

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
		recibo con comprobante de egreso.
1.	Recibir al usuario	1. Reciba al cliente y de la bienvenida (siguiendo los lineamientos del manual de atención al ciudadano y decálogo del trato humanizado).
2.	Identificar tipo de ingreso	2. Identifique el tipo de Ingreso que corresponde por el pago a recibir, los cuales pueden por prestación de servicios médicos hospitalarios, expedición de constancias, carné, reintegro de avances, arrendamientos, servicios públicos, concesiones, esterilización, abono, cancelación de pagarés, entre otros. 3. Pregunte al cliente la forma de pago. 4. Reciba la factura y el pago (dinero en efectivo, tarjeta débito o crédito y/o cheque). 5. Si el pago es en efectivo, verifique las condiciones y validez del mismo y acéptelo. 6. Si el pago es en tarjeta de crédito, además de la tarjeta solicite la cédula de ciudadanía del titular, pregunte el número de cuotas a diferir y diríjase al datafono para realizar la transacción. 7. Si el pago es en tarjeta débito, reciba la tarjeta y diríjase al datafono para realizar la transacción. 8. Si el pago es en cheque, recepcione el cheque y verifique que lleve el visto bueno del subgerente financiero.
3.	Elabore recibo de caja	9. Elabore un recibo de caja indicando lo siguiente: fecha, nombre del usuario y número de identificación, valor en números y letras, código del servicio solicitado, descripción del pago, código del cajero, si es cheque nombre del banco. 10. Firme el recibo de caja, coloque el sello y entregue al cliente. (original: paciente o usuario y copia: tesorería). 11. Elabore el informe diario de caja una vez finalice su turno, adjuntando los soportes y los pagos en efectivo. 12. Reporte los boletines de ingresos diarios al profesional universitario de tesorería con motivo del cierre de caja adjuntando los soportes, los pagos en efectivo y demás conceptos.

**DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO**

<b>CÓDIGO</b>	<b>AUE-UC-P-001-002</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>Atención en el servicio de Cancerología</b>

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 39 de 98</b>

<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Médico Especialista en Hematología y Oncología Clínica; Médico Hematólogo; Médico oncohematólogo Pediatra; médico oncólogo Clínico; medico radioterapeuta; medico ginecólogo oncólogo; Seno y tejidos blandos, Mastología; cirugía general gastroenterología oncología, Psicología, Trabajo Social, Físico-medico, Físico, Tecnólogo en Radioterapia, Anestesiólogo, Médico General, Enfermería de Quimioterapia, Enfermería de Radioterapia, Enfermería de Preconsulta, Atención al cliente, Servicios generales y personal de vigilancia.
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar que el servicio se realice oportunamente, cumpliendo con los criterios de calidad establecidos por la E.S.E HUHMP.
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	<p><b>Recursos Físicos:</b> Documentación (solicitud médica para la especialidad remitido, autorización del servicio, copia de la historia clínica, registro y evoluciones de administraciones de tratamiento si ha recibido atención en otra institución, estudios de extensión o reporte de laboratorios de acuerdo con el servicio requerido, copia de documento de identificación y patología), equipos biomédicos e instalaciones locativas.</p> <p><b>Recursos Tecnológicos:</b> Computador con acceso a la red, Equipos requeridos para procedimientos.</p> <p><b>Recursos Humanos:</b> Médico Especialista en Hematología y Oncología Clínica; Médico Hematólogo; Médico oncohematólogo Pediatra; médico oncólogo Clínico; medico radioterapeuta; medico ginecólogo oncólogo; Seno y tejidos blandos, Mastología; cirugía general gastroenterología oncología, Psicología, Trabajo Social, Físico-medico, Físico, Tecnólogo en Radioterapia, Anestesiólogo, Médico General, Enfermería de Quimioterapia, Enfermería de Radioterapia, Enfermería de Preconsulta, Atención al cliente, Servicios generales y personal de vigilancia.</p>
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	N/A
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplique el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia.</li> <li>• Aplique las pautas del Manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.</li> <li>• Verifique el pleno cumplimiento de los requisitos para la prestación del servicio (historia clínica, orden médica; autorización que permita atención segura y humanizada).</li> <li>• Eduque al paciente y su familia con relación a los derechos y deberes.</li> <li>• Aplique las pautas del programa de seguridad del paciente.</li> <li>• Brinde instrucciones claras, precisas y comprensibles al usuario (de acuerdo con su nivel socio cultural y nivel de escolaridad, teniendo en cuenta estado emocional y nivel de educación), sobre aspectos tales como: condición de salud, riesgos y complicaciones de la atención en la unidad; recuerde es un derecho del usuario.</li> <li>• Durante la atención, oriente al usuario y acompañante sobre manejo de residuos y comportamiento en caso de emergencias; motíVELO a ampliar la información en los canales disponibles propios de la institución.</li> <li>• Si el paciente requiere algún tipo de aislamiento durante la estancia en el servicio, bríndele la mayor comodidad posible para lograr el cumplimiento de este procedimiento, sin vulnerar su dignidad.</li> <li>• Brinde instrucciones claras, precisas y comprensibles al usuario (de acuerdo con su nivel socio cultural y nivel de</li> </ul>

- escolaridad, teniendo en cuenta estado emocional y nivel de educación), sobre aspectos tales como: condición de salud, riesgos y complicaciones de la atención en la unidad; recuerde es un derecho del usuario.
- Durante la atención, oriente al usuario y acompañante sobre manejo de residuos y comportamiento en caso de emergencias; motíVELO a ampliar la información en los canales disponibles propios de la institución.
  - Si el paciente requiere algún tipo de aislamiento durante la estancia en el servicio, bríndele la mayor comodidad posible para lograr el cumplimiento de este procedimiento, sin vulnerar su dignidad.
  - Por complejidad en la patología debe ingresar con un acompañante responsable y mayor de edad.
  - Por su seguridad en el manejo de la información, no suministre su clave del software institucional a otros profesionales, la evolución y registro es responsabilidad del profesional de la salud del que firma.
  - Recuerde que la solicitud de interconsulta con psicología puede ser generada por enfermería, médico tratante, trabajo social u otro profesional de la institución que así lo considere, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.
  - No olvide que el psicólogo brinda apoyo psicológico al paciente y su familia después de la noticia, en momentos de crisis emocional, durante el tratamiento, brinda psicoeducación, realiza terapia individual, grupal y familiar.

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Recepción de orden para programación de la atención (consulta, radioterapia, braquiterapia, quimioterapia procedimiento).	<p><b>1. PROGRAMACION DE CONSULTA (DE ACUERDO CON HABILITACIÓN).</b></p> <p><b><u>Auxiliares de enfermería, Auxiliar Administrativo y Profesional en Salud</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.</li> <li>3. Brinde la información necesaria y verifique la documentación:             <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cédula o documento de identidad.</li> <li>5. Orden médica con solicitud de la especialidad.</li> <li>6. Historia clínica con remisión a la especialidad requerida y reporte de exámenes complementarios.</li> <li>7. Autorización emitida de EAPB del servicio solicitado, con los códigos correspondientes y vigentes. Hoja de referencia con el sello de la secretaria de Salud (Si es el caso).</li> </ol> </li> <li>8. Asigne cita para el servicio solicitado de forma inmediata. Informe al usuario: fecha y hora de la cita, documentos que debe presentar, asistir con un acompañante mayor de edad, 30 minutos previo a la hora de</li> </ol>

la consulta para tramite de facturación y solicitarle que si no puede asistir realice llamada a cancelar la cita 24 horas antes; verifique que la información fue clara y entendida por el usuario.

9. Realice llamado telefónico al usuario un día antes a la cita para confirmar la asistencia, si el paciente no puede asistir re programe la cita y reasigne ese tiempo.
10. Verifique la comprensión de lo explicado solicitando al usuario y/o acompañante que manifiesten con sus palabras lo que entendieron.

#### **11. RADIOTERAPIA EXTERNA (TELETERAPIA)**

##### **Radioterapeuta**

12. Registre en la historia clínica la descripción de la evolución de la patología del paciente, ordena el tratamiento de radioterapia, define el tipo de tratamiento y la intención de este.
13. Diligencie el formato de solicitud del tratamiento de radioterapia.
14. Brinde información al paciente y su acompañante.
15. Diligencie y hace firmar el consentimiento informado.
16. Cuando aplique, anexa a la historia clínica el CD y la lectura de la imagen diagnóstica que necesita para la planeación del tratamiento.

##### **Auxiliar de Enfermería Externa**

17. Recibe por parte de auxiliar de enfermería de consulta externa la historia clínica de los pacientes que salen de la consulta con orden de radioterapia y los ingresa a la estadística de solicitud de tratamiento de radioterapia para poder hacer seguimiento futuro de los tratamientos solicitados que no han iniciado.
18. Salude de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de bienvenida Institucional y manual de Atención del usuario. Una vez el paciente llega con la autorización del tratamiento de radioterapia al servicio.
19. Revisa que la autorización corresponde al tratamiento de radioterapia y esté bien diligenciada y direcciona al departamento de facturación para que éste realice la apertura de ingreso y la impresión de prefactura (previa entrega de: autorización, orden médica, fotocopia del documento de identidad).
20. Registra en formato de ingreso al tratamiento de radioterapia.
21. Realiza la apertura de cuadro de tratamiento de radioterapia con asignación de número único de acuerdo con el consecutivo listado.
22. Expide el carné personal del usuario.

23. Entrega carné personal de radioterapia con la asignación de la cita de toma del TAC de planeación.
24. Verifica la existencia del resultado de creatinina (si el TAC de planeación es con contraste)
25. Verifica que el consentimiento informado viene correctamente diligenciado desde la consulta médica de radioterapia.
26. Cuando aplique, revisa la existencia del CD de las imágenes diagnosticas previamente tomadas para fusión de imágenes según caso.
27. Solicita CD de la gammagrafía ósea si se trata de tratamiento para metástasis óseas.
28. Informa sobre la cita al paciente (fecha y hora) para la realización de la máscara (si se trata de cáncer en cabeza y cuello) y de TAC de planeación, o para inicio de tratamiento en caso de tratarse de tratamiento con electrones en piel.
29. Informa al paciente sobre la preparación que debe llevar a cabo para la toma del TAC.
30. Entrega la bata al usuario
31. Una vez el paciente asiste al inicio del tratamiento, programa la primera consulta con médico general para manejo de morbilidad del tratamiento de radioterapia que no requiere autorización de servicios.

**Usuarios fuera de la ciudad:**

1. Se indica el número de wasap 3125450066 donde deben enviar los siguientes documentos: historia clínica, orden médica y autorización de la EAPB vigente
2. Revisa que la autorización corresponde al tratamiento de radioterapia y este bien diligenciada y direcciona al departamento de facturación para que éste realice la apertura de ingreso y la impresión de prefactura (previa entrega de: autorización, orden médica, fotocopia del documento de identidad).
3. Registra en formato de ingreso al tratamiento de radioterapia.
4. Realiza la apertura de cuadro de tratamiento de radioterapia con asignación de número único de acuerdo con el consecutivo listado.
5. Expide el carné personal del usuario.
6. se verifican los documentos y se procede a la asignación de la cita para la realización de la máscara (si se trata de cáncer en cabeza y cuello) y de TAC de planeación, o para inicio de tratamiento en caso de tratarse de tratamiento con electrones en piel.
7. se anexa a la historia clínica el carnet para ser entregado al usuario cuando asista a la primera cita.

**Jefe de Enfermería de Radioterapia**

1. En caso de que el paciente requiera sedación para la administración del tratamiento de radioterapia, previo a la toma del TAC, verifica que el servicio haya sido facturado y acuerda en el servicio de programación de cirugía los días que requiere del anestesiólogo y la hora, solicita los insumos (catéteres, máscaras,

- humidificadores, etc. según el caso) para la administración de la sedación porque los medicamentos los trae anestesia y acompaña a la realización del TAC y a la aplicación diaria del tratamiento.
2. Programa cita con trabajo social y/o psicología según requiera el paciente para fortalecer adherencia al tratamiento desde el inicio de este.
  3. Hace Firmar formato de inducción a Radioterapia y de Deberes y Derechos de los Usuarios.
  4. Asigna cita con médico de morbilidad en forma temprana, antes del inicio de tratamiento, para que le sean administrados medicamentos en forma profiláctica para el manejo temprano de morbilidades (antieméticos, esteroides, fórmula magistral antimucositis, solicitud de gastrostomías, etc.).
  5. En caso de que el paciente lleve tratamiento concomitante, realizara llamado telefónico a la IPS que aplicara la quimioterapia para que la apliquen el mismo día que inicia la radioterapia.

**Auxiliar de Enfermería Interna**

1. Una vez física médica y radio-oncólogo ha realizado planeación de tratamiento, la auxiliar de enfermería interna del servicio realiza llamado telefónico al paciente informando la fecha y hora de simulación y/o inicio y reducciones de tratamiento.
2. El día de inicio del tratamiento concomitante, se comunica con la jefe de la Unidad donde se aplicará la quimioterapia del paciente para confirmar que el paciente asistió y recordarle que en la tarde debe estar en radioterapia.
3. Realiza la programación diaria de los pacientes en tratamiento, orden que tiene en cuenta el tecnólogo para la atención diaria de los pacientes.

**3.PACIENTE HOSPITALIZADO CON URGENCIA EN RADIOTERAPIA:**

**Auxiliar de Enfermería Externa**

1. Recibe por parte del radioncologo la historia clínica de los pacientes que en interconsulta con radioterapia le solicitaron tratamiento, los ingresa a la estadística de solicitud de tratamiento de radioterapia para poder hacer seguimiento futuro de los tratamientos solicitados que no han iniciado.
2. Una vez el paciente asiste al inicio del tratamiento, programa la primera consulta con médico general para manejo de morbilidad del tratamiento de radioterapia que no requiere autorización de servicios.
3. Informa a jefe, auxiliar de enfermería interna, tecnólogo y físico de radioterapia la existencia del caso.

**Jefe de Enfermería de Radioterapia**

1. Recibe la interconsulta por parte de la auxiliar de enfermería, con el nombre del servicio donde se encuentra ubicado y el número de cama.
2. Lee la historia para conocer el caso y comentar al médico.
3. Confirma con la auxiliar administrativa que la urgencia se haya reportado.
4. solicita a la auxiliar interna sea incluido en la programación diaria el TAC e inicio del paciente según el caso.
5. Informa al físico y tecnólogos de la programación de este.

**Radioterapeuta**

1. Revisa la historia clínica de la interconsulta en el software y la analiza (nota de evolución de especialista que interconsulta, laboratorios e imágenes según el caso).
2. Realiza el mismo día la visita al paciente en el servicio que interconsulta.
3. Realiza nota médica donde define si requiere o no radioterapia, el carácter (urgente o prioritaria) y la intención de esta (paliativa o curativa).
4. Si es una urgencia se dispone de 24 horas para que el paciente sea irradiado.
5. Si es un caso prioritario se dispone de 72 horas para que el paciente sea irradiado.

**Auxiliar de Enfermería Interna**

1. Informa a tecnólogos de la toma del TAC y al físico para la ejecución de la planeación del tratamiento.
2. Abre espacio en la agenda para la atención del paciente, el mismo día, al día siguiente o entre las 72 horas, según corresponda el caso.
3. Asigna cita para toma de TAC de planeación el mismo día o en la mañana siguiente.
4. Llama a piso para informar al jefe del servicio la fecha y hora en que el paciente deberá ser llevado al TAC de la institución y los requisitos especiales de preparación si los tiene.
5. Solicita CD de las imágenes diagnosticas previamente tomadas para fusión de imágenes según caso.
6. Solicita CD de la gammagrafía ósea si se trata de tratamiento para metástasis óseas.
7. Una vez tomado el TAC, llama a piso e informa al jefe de servicio la fecha y hora que deben traer el paciente al inicio del tratamiento.

**4. BRAQUITERAPIA**

**Tecnólogo en Radioterapia**

1. Identifica la orden de valoración por Radioncólogo en el cuadro de tratamiento del paciente que recibe radioterapia externa, al completar la dosis que está recibiendo en ese momento remite al paciente con la auxiliar de enfermería interna del servicio, para la asignación de la cita.

**Auxiliar de Enfermería Interna**

1. Identifica el paciente a qué radioterapeuta corresponde y asigna la cita de valoración a las 07:00 am

**Auxiliar de Enfermería Externa**

1. El día anterior a la valoración por radio-oncología, solicita las historias clínicas a archivo.
2. El día de la valoración, ubica las historias clínicas en el consultorio del radio-oncólogo y pasa los pacientes al consultorio en el orden asignado en la agenda.
  2. Una vez la paciente sale del consultorio con la orden de braquiterapia, organiza el paquete que debe llevar a la EAPB (nota médica, formato de orden de braquiterapia, cédula y patología).
  3. Pasa la historia clínica a la enfermera jefe y / o auxiliar de enfermería interna para que haga el seguimiento del inicio de este

**Radioterapeuta**

1. Valora al paciente que está finalizando la radioterapia externa y registra la solicitud de braquiterapia en el cuadro de tratamiento en la historia clínica, especificando tipo de braquiterapia, número de aplicaciones, número de salidas y número de Rx de pelvis AP y lateral.
2. Brinda información al paciente y su acompañante.
3. Hace firmar el consentimiento informado de Braquiterapia.

**Enfermero(a) jefe de Radioterapia**

1. Saluda de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de Bienvenida Institucional y Manual de Atención del usuario.
2. Revisa que los documentos para la gestión de la autorización de la braquiterapia estén completos y bien diligenciados: nota médica, orden de braquiterapia (con notificación de procedimientos), copia de hoja de pre - braquiterapia, copia de cedula del paciente, copia de patología.

3. Orienta al paciente con toda esta documentación para que gestione la autorización en su respectiva EAPB o con el personal del servicio al cliente para el caso de EAPB que admiten este trámite.
4. Informa al usuario que cuando esté la autorización, se procederá a realizar la apertura de pre – factura y posteriormente, se realiza la respectiva programación del procedimiento.
5. Una vez el paciente llega con la autorización de la braquiterapia la enfermera jefe y/o auxiliar interna revisa que esté bien y direcciona al paciente al servicio de facturación, quien realiza la pre-factura.
6. Con la prefactura, la enfermera jefe y/o auxiliar agenda la fecha y hora de la primera aplicación de braquiterapia en el planificador de los procedimientos de braquiterapia.
7. Realiza inducción al tratamiento con énfasis en los efectos secundarios, cuidados y la preparación correspondiente según tipo de braquiterapia.
8. Verifica que el consentimiento informado de braquiterapia está correctamente diligenciado al igual que el consentimiento informado del cateterismo vesical.
9. Diligencia el cuadro de tratamiento de Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis con base en la nota médica de valoración del Radioterapeuta, especificando la fecha de inicio, el tipo de braquiterapia, el número de aplicaciones, la dosis por aplicación y la dosis total a administrar.

**Auxiliar de Enfermería Interna**

1. Una vez el paciente llega con la autorización de la braquiterapia la enfermera jefe y/o auxiliar interna revisa que esté bien y direcciona al paciente al servicio de facturación, quien realiza la pre-factura.
2. Con la prefactura, la enfermera(o) jefe y/o auxiliar agenda la fecha y hora de la primera aplicación de braquiterapia en el planificador de los procedimientos de braquiterapia.
3. Revisa que el consentimiento informado esté firmado, en caso de no estarlo procede a diligenciarlo.

**5. CONSULTA DE MORBILIDAD**

**Auxiliar de Enfermería Externa**

1. Identifica los inicios del día y asigna cita a estos pacientes nuevo con médico de morbilidad, con el fin de prevenir efectos secundarios tempranos por radioterapia y hacer acompañamiento a los cambios que presenta el paciente durante todo el tratamiento, que permita identificar en forma temprana complicaciones secundarias al tratamiento.
2. Asigna cita también a los pacientes de control semanal y los pacientes remitidos por enfermera jefe o identificados por tecnólogos por cambios que pongan en peligro la continuidad del tratamiento.

3. Realiza el día anterior el listado y solicita las historias clínicas a archivo.
4. El día de la consulta, coloca las historias clínicas en el consultorio del Dr. De morbilidad.
5. Una vez el paciente es atendido por el médico de morbilidad, recibe historia clínica, repasa lo dicho por el médico de morbilidad y entrega ordenes de imágenes, laboratorios o medicamentos según corresponda explicando al paciente y reasigna cita si el médico ha solicitado control.

**Médico General de Morbilidad**

1. Consulta de Morbilidad Radioterapia: Atención integral a pacientes ingresan al servicio de Radioterapia. Existen 2 tipos de consulta:
2. Primera vez: Con duración 30 minutos, donde se realizan las siguientes actividades:
3. Revisión de historia clínica del paciente: Valoraciones por especialistas, estudios imagenológicos, histopatológicos y demás exámenes que se consideren de relevancia. Se hace especial énfasis en el tipo de tratamiento seleccionado por el radioterapeuta.
4. Realización de resumen de la patología oncológica del paciente.
5. Saludo y presentación: Al ingresar el paciente, se realiza saludo y presentación, donde se le indica que el objetivo de la consulta está enfocado en la atención integral de su patología oncológica y en cualquier otra necesidad relacionada con el campo de acción y autonomía del médico general. En esta etapa se busca generar un vínculo cercano al paciente, se indaga por su procedencia y sus actividades cotidianas, para garantizar una atención con calidez humana.
6. Anamnesis: Se interroga al paciente sobre los síntomas iniciales previo a la confirmación histopatológica del cáncer, así mismo, sobre los exámenes realizados, las valoraciones especializadas y los tratamientos en los que se encuentra actualmente (Teleterapia, braquiterapia, quimioterapia u otro). Teniendo en cuenta el tipo de tratamiento actual, se indaga sobre las molestias o efectos adversos percibidos y si ha implementado o recibido algún manejo para estos. Se hace especial énfasis en la valoración del dolor.
7. Revisión de exámenes: Se realiza si el paciente asiste con paraclínicos que no se encuentran consignados en la historia clínica.
8. Examen físico: Toma de signos vitales, exploración de cabeza y cuello, cardiopulmonar, abdominal, extremidades, neurológico y otras regiones de acuerdo con el tipo de patología y tratamiento instaurado.
9. Análisis del caso: Donde se describe el diagnóstico y estado actual del paciente y se justifica la formulación profiláctica de esteroides, antieméticos, fórmula magistral antimucositis; también la tolerancia del tratamiento instaurado, los hallazgos encontrados en las etapas de valoración anteriores y la justificación del manejo a seguir (medicamentos, paraclínicos, remisiones).
10. Diagnóstico: Se indica el diagnostico de su patología de base, de los efectos adversos o morbilidad

- evidenciada, de otro tipo de patologías crónicas que el paciente pueda estar presentando.
11. Plan de Manejo: Se establece la frecuencia de control o seguimiento, la indicación de continuar o suspender la radioterapia en caso de efectos adversos marcados, el tratamiento farmacológico instaurado y finalmente los paraclínicos o valoraciones especializadas que se solicitan por primera vez o que están pendientes de llevar a cabo.
  12. Recomendaciones finales: De carácter educativo y preventivo con relación a los posibles efectos secundarios que puede desarrollar como consecuencia de la irradiación de la región tratada, también dirigida al componente nutricional, dermatológico, entre otros.
  13. Consulta de Control: Con duración 20 minutos, donde se realizan las siguientes actividades:
  14. Saludo: Al ingresar el paciente, se realiza saludo y se indaga por sus actividades cotidianas, para garantizar una atención con calidez humana.
  15. Anamnesis: Se interroga al paciente sobre los síntomas, molestias o efectos adversos percibidos y si ha implementado o recibido algún manejo para estos. Adicionalmente sobre los controles realizados y pendientes por las especialidades tratantes. Se hace especial énfasis en la valoración del dolor.
  16. Revisión de exámenes: Se realiza si el paciente asiste con paraclínicos indicados por especialistas tratantes o por las consultas previas de morbilidad.
  17. Examen físico: Toma de signos vitales, exploración de cabeza y cuello, cardiopulmonar, abdominal, extremidades, neurológico y otras regiones de acuerdo con el tipo de patología y tratamiento instaurado.
  18. Análisis del caso: Donde se describe el estado actual del paciente, la tolerancia del tratamiento instaurado, los hallazgos encontrados en las etapas de valoración anteriores y la justificación del manejo a seguir (medicamentos, paraclínicos, remisiones).
  19. Diagnóstico: Se indica el diagnóstico de su patología de base, de los efectos adversos o morbilidad evidenciada, de otro tipo de patologías crónicas que el paciente pueda estar presentando.
  20. Plan de Manejo: Se establece la frecuencia de control o seguimiento, la indicación de continuar o suspender la radioterapia en caso de efectos adversos marcados, el tratamiento farmacológico instaurado y finalmente los paraclínicos o valoraciones especializadas que se solicitan por primera vez o que están pendientes de llevar a cabo.
  21. Recomendaciones finales: De carácter educativo y preventivo con relación a la parte nutricional, dermatológica y otros aspectos para disminuir el riesgo de complicaciones principalmente infecciosas.

NOTA: Durante la consulta de Morbilidad de Radioterapia, de acuerdo con la pertinencia y evolución clínica del paciente, se realiza revisión de las planeaciones de tratamiento en conjunto con Radioterapeuta y personal de física médica, para determinar posibles ajustes que permitan mejorar los resultados terapéuticos y/o disminuir el riesgo de complicaciones del manejo.

Adicionalmente, se realizan las valoraciones adicionales o complementarias que se generan por el llamado del personal de enfermería (jefes y auxiliares) y tecnólogos cuando evidencian complicaciones o efectos adversos durante el tratamiento.

## **6. PROGRAMACION DE CITA DE TRATAMIENTO EN SALA DE QUIMIOTERAPIA**

### **PACIENTE AMBULATORIO**

#### **ENFERMERA DE QUIMIOTERAPIA**

1. Saluda al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y el cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Solicita historia clínica del paciente al servicio de archivo, y verifique que el paciente tenga los siguientes documentos: copia de historia clínica, copia del documento de identidad, copia de patología solo si es paciente con diagnóstico de cáncer, original de las fórmulas, original del MIPRES si tiene medicamento NO POS, original de las autorizaciones (todas las fechas de los documentos deben coincidir: los medicamentos con la evolución y con la autorización de la EAPB vigente).
3. Se asigna cita para administración en el formato de Excel agendada de quimioterapia 2021 (si es usuario nuevo se diligencia el formato, si es continuidad se registra en el formato de control)
4. Pacientes no programados en la agenda del servicio, deben registrarse manualmente en el Formato de plan y verificación de mezclas y en la agenda, para administrar medicamentos en las salas de quimioterapia.
5. Solicita el carné de citas, carné de aplicación de quimioterapia si tiene
6. Revise en la historia clínica del usuario, última evolución del especialista, tratamiento indicado, dosis, registro de aplicación anterior y autorización. Si el paciente es valorado por especialista externo de la Unidad debe verificar los mismos documentos.
7. Todos los medicamentos deben de estar autorizados para nuestra institución; solo en ocasiones los orales son entregados por la entidad del usuario en este caso se debe verificar que ya los tengan completos para programar el ciclo.
8. Si existe un medicamento para administración diferente a la vía oral que va a ser entregado por la EPS se debe informar a la regente para indicar el trámite a seguir.

9. Si el paciente ha recibido tratamiento en otra institución debe verificar que se encuentre copia en la historia clínica de la última aplicación de su tratamiento y si es paciente no oncológico, pero va a recibir tratamiento por primera vez indicado por reumatólogo debe traer reporte de Rayos X de tórax y de PPD (prueba de tuberculina), los otros tratamientos no oncológicos se debe revisar los laboratorios previos según indicación médica.
10. Si el tratamiento a programar tiene indicado procedimientos (Quimioterapia intratecal-Biopsia-AMO-Citometría debe verificar la documentación, insumos y asignar cita respectiva del procedimiento.
11. Verifique con la regente de farmacia si están disponibles todos los medicamentos e insumos que requiere el paciente para iniciar su tratamiento.
12. Si todo está correcto, asigne la cita y agende; informe al paciente que debe dirigirse con los documentos al módulo de facturación para revisión y que el día de la cita debe asistir con un acompañante mayor de edad, 20 minutos previo a la hora citada para realizar la facturación, luego dirigirse a sala de quimioterapia y entregar la boleta de facturación.
13. Pacientes no programados en la agenda del servicio, deben registrarse manualmente en el Formato de plan y verificación de mezclas y en la agenda, para administrar medicamentos en las salas de quimioterapia.
14. Indique al paciente que para la administración de la quimioterapia debe asistir con ropa cómoda, traer los medicamentos que recibe para otras patologías - si las tiene; venir desayunado, si no requiere de ayuno para otro procedimiento. Si requiere de preparación el día anterior por su protocolo debe de explicar al paciente.
15. Cuando el tratamiento es concomitante se debe verificar con el servicio de radioterapia el inicio.
16. Solicite al paciente/acompañante que si no puede asistir realice llamada a cancelar la cita 24 horas antes.
17. Se da educación de inducción inicial del servicio de quimioterapia.
18. Verifique la comprensión de lo explicado solicitando al usuario y/o acompañante que manifiesten con sus palabras lo que entendieron.

**PACIENTE HOSPITALIZADO**

**ENFERMERA JEFE DE QUIMIOTERAPIA**

1. Solicite historia clínica del paciente hospitalizado al servicio de archivo, verifique con el funcionario de autorizaciones que ya se encuentre reportada la urgencia para programar administración.
2. Proceda a revisar los documentos: copia de historia clínica, copia del documento de identidad, copia de patología solo si es paciente con diagnóstico de cáncer, original de las fórmulas, original del MIPRES si tiene medicamento NO POS, y copia del original de la autorización (todas las fechas de los documentos deben coincidir-los medicamentos con la evolución, con la dosis y con la autorización).

3. Solicite historia clínica del paciente hospitalizado al servicio de archivo, verifique con el funcionario de autorizaciones que ya se encuentre reportada para programar administración.
4. Revise en la historia clínica del usuario, última evolución del especialista, tratamiento indicado, dosis, registro de aplicación anterior, luego con la regente de farmacia verifique si están disponibles todos los medicamentos e insumos que requiere el paciente para iniciar su tratamiento. Si el paciente ha recibido tratamiento en otra institución debe verificar que se encuentre copia en la historia clínica de la última aplicación de su tratamiento y si es paciente no cáncer, pero va a recibir tratamiento indicado por reumatólogo debe de traer reporte de Rayos X de tórax y de la PPD (Prueba de la Tuberculina).
5. Coordine el inicio del tratamiento (se verifica estado, condición, restricciones, cuidado especial) con los especialistas y con el jefe de enfermería del servicio de hospitalización, que están a cargo del paciente.
6. Si esta todo correcto proceda a la asignación de la cita y agende; entregue los documentos con visto bueno al módulo de autorizaciones de la Unidad de Cancerología para ser revisados o hacer apertura del ingreso si se inicia el mismo día.
7. Indique en el servicio las condiciones que requiera el paciente, si requiere de ayuno para otro procedimiento. Si requiere de preparación el día anterior por su protocolo debe de explicar al paciente. Cuando el tratamiento es concomitante se debe verificar con el servicio de radioterapia el inicio.

**PACIENTE PARA TRATAMIENTO ORAL**

**ENFERMERA JEFE DE QUIMIOTERAPIA**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Solicite historia clínica del paciente al servicio de archivo y verifique que el paciente tenga los siguientes documentos: copia de historia clínica, copia del documento de identidad, copia de patología solo si es paciente oncológico, original de las fórmulas, original del MIPRES si tiene medicamento NO POS, original de las autorizaciones (todas las fechas de los documentos deben coincidir-los medicamentos con la evolución, con la dosis y con la autorización).
3. Revise en la historia clínica del usuario, última evolución del especialista, tratamiento indicado, dosis, registro de administración anterior y autorización; si el paciente es valorado por especialista externo de la Unidad debe verificar los mismos documentos.
4. Si el paciente ha recibido tratamiento en otra institución debe verificar que se encuentre copia en la historia

- clínica de la última aplicación de su tratamiento y si es paciente no oncológico, pero va a recibir tratamiento indicado por reumatólogo debe de traer reporte de Rayos X de tórax y de la PPD (Prueba de la Tuberculina).
5. Verifique con la regente de farmacia si están disponibles todos los medicamentos en las cantidades autorizadas que requiere el paciente para iniciar su tratamiento.
  6. Si está todo en orden en paciente oncológico proceda a dar visto bueno, informe al paciente que debe dirigirse con los documentos al servicio de facturación para ser revisados, realizar apertura de su cuenta y entregar ficha de facturación con su nombre, fecha y número de ingreso que debe entregar primero en farmacia para recepción del medicamento
  7. Indique al usuario la dosificación, la administración, el almacenaje y cuando debe solicitar su próximo control y las recomendaciones junto con los posibles efectos secundarios.
  8. Verifique la comprensión de lo explicado solicitando al usuario y/o acompañante que manifiesten con sus palabras lo que entendieron.
  9. Realice el registro en la historia clínica de lo entregado y solicite la firma de recibido.
  10. Si el paciente se encuentra hospitalizado o es usuario ambulatorio con tratamiento de quimioterapia oral adicional u otros medicamentos concomitantes, se hace registro en historia clínica de la administración y se hace firmar de recibido por parte del usuario en el primer día de tratamiento y se direcciona a farmacia donde le entregan el tratamiento.

**PROGRAMACION DE CITA PARA PROCEDIMIENTOS EN PEDIATRIA (ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL- PUNCION LUMBAR-ASPIRADO DE MEDULA OSEA-BIOPSIA DE MEDULA OSEA-CITOMETRIA-FISH)**

**AUXILIAR DE ENFERMERIA SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA-CONSULTA EXTERNA ANTES DEL PROCEDIMIENTO)**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Solicite historia clínica del paciente al servicio de archivo y verifique que el paciente tenga los siguientes documentos: copia de historia clínica, copia del documento de identidad, copia de patología solo si es paciente con diagnóstico de cáncer, original de las fórmulas y orden médica, original de las autorizaciones (todas las fechas de los documentos deben coincidir-los medicamentos con la evolución, con la dosis y con la autorización).

3. Informe al enfermero(a) jefe para continuar con el proceso de asignación de cita para procedimiento.
4. Día previo a la prestación del servicio se realiza llamada telefónica para confirmar su asistencia y valorar vigencia de autorizaciones.

**AUXILIAR DE ENFERMERIA SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA-CONSULTA EXTERNA ( ANTES DEL PROCEDIMIENTO)**

1. Confirma la facturación del proceso de las muestras tomadas
2. Transporta conservando cadena de frio las muestras al laboratorio
3. Realiza el registro en la historia clínica

**ENFERMERO(A) JEFE SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA - CONSULTA EXTERNA**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. La auxiliar de enfermería entrega a la jefe del servicio la historia clínica del paciente y verifica que el paciente tenga los siguientes documentos: copia de historia clínica, copia del documento de identidad, copia de patología solo si es paciente con diagnóstico de cáncer, original de las fórmulas, original de las autorizaciones (todas las fechas de los documentos deben coincidir-los medicamentos con la evolución, con la dosis y con la autorización).
3. Revise en la historia clínica del usuario, ultima evolución del especialista, tratamiento indicado, dosis, registro de aplicación anterior y autorización; si el paciente es valorado por especialista externo de la Unidad debe verificar los mismos documentos y debe solicitar al usuario copia de la historia donde se evidencie tratamiento indicado por el especialista, nota de aplicación del tratamiento por la enfermero(a) que lo administró donde indique fecha en que debe recibir la quimioterapia intratecal o el procedimiento solicitado. Todos los medicamentos, estudios y responsable de lo que allí se registra.
4. Entregar copia al químico farmacéutico, a farmacia, facturación y a portería.
5. Químico, regente y facturación deben verificar que se cuente con todos los insumos, medicamentos completos y procedimientos deben de estar autorizados para nuestra institución.
6. Verifique con la regente de farmacia si están disponibles todos los medicamentos e insumos que requiere el paciente para recibir su quimioterapia intratecal o procedimiento.

7. Si está todo correcto proceda a dar la cita, registra en formato Excel programación de procedimientos y registra la cita en el carnet e informa la fecha al familiar la fecha del procedimiento.
8. De visto bueno, explique al paciente que debe dirigirse con los documentos al módulo de facturación para ser revisado y que el día de la cita debe asistir con un acompañante mayor de edad 30 minutos previo a la hora citada para realizar la facturación, luego dirigirse a sala de cirugía y entregar la ficha y/o pre - factura del servicio de facturación.
9. Indique al familiar y/o paciente que debe asistir a la administración de la quimioterapia intratecal, con ropa cómoda, traer los medicamentos que recibe para otras patologías si las tiene, venir en completo ayuno (última comida a las 22:00 horas del día anterior).
10. Solicite al paciente/acompañante que si no puede asistir realice llamada a cancelar la cita 24 horas antes.
11. Verifique la comprensión de lo explicado solicitando al usuario y/o acompañante que manifiesten con sus palabras lo que entendieron.
12. Si el paciente requiere de otro procedimiento o estudio que se realice en la unidad se le informa a la Jefe de Consulta externa y se direcciona al paciente para ese servicio.
13. El día anterior al procedimiento se envía, vía wasap a: programación de salas de cirugía, oncohematologos, pediatras, coordinadora de pediatría, coordinadora de la unidad de cancerología, programación call center, jefe de consulta externa, auxiliar de procedimientos, autorizadora de la unidad y químicos farmacéuticos.
14. El día del procedimiento se confirma a primera hora el estado de salud de los usuarios hospitalizados con los especialistas, para luego confirmar y enviar a preparar con los químicos farmacéuticos las intratecales.
15. Recepción y verificación con doble chequeo de los medicamentos intratecales.
16. Transporta conservando cadena de frio los medicamentos hasta la sala de cirugía programada para la administración del tratamiento.
17. En salas es la coordinadora de la sala en cada uno de los procedimientos, realizando la asepsia y antisepsia de la respectiva zona del procedimiento.

**ENFERMERO(A) AUXILIAR DE ENFERMERÍA SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA (PROGRAMACIÓN DE TRATAMIENTOS EN FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA ADMINISTRACIÓN EN SALA DE QUIMIOTERAPIA)**

1. Tome relación de los usuarios programados en la agenda de quimioterapia y solicite las historias clínicas al servicio de archivo. Recuerde que debe recibirlas y al finalizar la jornada debe realizar entrega de las mismas a la funcionaria de archivo.
2. Realice la revisión de la historia clínica de cada paciente y proceda a registrar en el FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA ADMINISTRAR EN SALA DE QUIMIOTERAPIA

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Debe registrar todos los datos que solicita ese documento (nombre del paciente, No. Identificación, ciclo, medicamentos, etc.), este formato debe ser revisado por la enfermera del servicio quien es la persona responsable de lo que allí se registra.</li> <li>4. Entregar copia al químico farmacéutico, a farmacia, facturación, salas de quimioterapia y a portería.</li> <li>5. Químico, regente y facturación deben verificar que se cuente con todos los insumos, medicamentos completos y que no exista novedad que deba ser informada al servicio de quimioterapia para definir si se debe realizar cancelación de cita para administración.</li> <li>6. Realice llamada telefónica de confirmación para la administración correspondiente. Realizar en historia clínica y agenda el registro el motivo de la inasistencia y de la directriz tomada (reasignación de cita- intervención de psicología o trabajo social).</li> </ol>
<p>2.</p>	<p>Atención (consulta, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, procedimiento)</p>	<p><b>ATENCIÓN DE CONSULTA (Hematología; Hematología Clínica Y Oncología Adultos; Onco-Hematología Pediátrica; Cirugía De Seno Y Tejidos Blandos, Gastroenterología Oncológica; Ginecología Oncológica, Radioterapia, Dolor Y Cuidados Paliativos, Psicología Y Trabajo Social).</b></p> <p><b>PRECONSULTA</b></p> <p><b><u>Auxiliar de Enfermería/ Enfermero(a) jefe de consulta externa</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.</li> <li>2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.</li> <li>3. Recepcione la prefactura enviada por facturación como soporte de que se realizó facturación de la consulta, pregunte al paciente con que especialista tiene consulta y verifique en el RIPS la información y hora de la cita.</li> <li>4. Pregunte al paciente si ha traído resultados de exámenes o documentos que deben ser presentados al especialista y considere deben ser anexados en la historia clínica (ingréselos en la historia del paciente)</li> <li>5. Tome, valore y registre los signos vitales: Saturación de Oxígeno, frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura, ". Registre en la prefactura para ser valorados y registrados por el especialista en la evolución médica.</li> <li>6. Si está hospitalizado reciba el paciente y verifique que ingrese con manilla de identificación, revisión del estado de sitios de venopunción, sondas, catéteres, curaciones, zonas de presión, estado de higiene corporal, equipos identificados. etc.</li> <li>7. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por el especialista debe quedar registrado en historia clínica.</li> </ol>

8. Todo paciente nuevo de diagnóstico de cáncer debe recibir valoración por Psicología y Trabajo Social posterior a la atención del hematólogo o el oncólogo.
9. Si debe priorizar un paciente para su atención informe al especialista.
10. Oriente al paciente y a su acompañante donde se va a realizar la atención y que este pendiente en sala de espera del llamado del profesional que lo va a atender.
11. Entregue cada historia clínica en el consultorio del especialista correspondiente.

**ATENCIÓN CONSULTA ESPECIALIZADA: (Hematología, Oncología Adultos-Pediatría, Cirugía De Seno Y Tejidos Blandos, Gastroenterología, Ginecología Oncología, Radioterapia, Dolor Y Cuidados Paliativos, Psicología Y Trabajo Social).**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.
3. Invítele a sentarse, pregúntele cuál es el motivo de la consulta y regístrelo en la historia clínica.
4. Posterior a comentar e interpretar la enfermedad actual y antecedentes de importancia, indíquele al usuario que pase a la camilla para examinarlo completamente.
5. Registre en historia clínica los signos vitales reportados por consulta externa y registre en la historia clínica los hallazgos encontrados, teniendo en cuenta los hallazgos y la conducta a seguir, diligencie en la historia clínica o formatos establecidos (software institucional o historia clínica manual) las órdenes de apoyo diagnóstico y/o complementación terapéutica, Interconsulta, formatos NO Pos, procedimiento quirúrgico, incapacidad, formula médica, cita de control, referencia, contrarreferencia, hospitalización, epicrisis, consentimientos informados, entre otros, si aplica según el caso, son necesarios para realizar la facturación, para los tramites del usuario y llevar la estadística del servicio.
6. En caso de que el plan de manejo requiera de la realización de algún procedimiento, explíquelo al usuario cual será; para qué se lo van a realizar; en que consiste; si le va a doler o no; si le generará alguna molestia; contraindicaciones o complicaciones, o cualquier otra información relevante para él y solicite su aprobación o desistimiento conforme al derecho que le asiste.
7. Infórmele al usuario y/o a su acompañante en forma respetuosa y en términos sencillos sobre el estado de salud y el tratamiento a seguir, sobre todos los aspectos concernientes a su atención como: resultados de exámenes, procedimientos, tratamientos médicos, evolución, pronóstico y riesgos.
8. Motive al paciente y su familia sobre autocuidado.
9. Indique a la auxiliar de consulta externa que haga entrega y realice la orientación posconsulta.

**Si el usuario requiere atención por Servicios de Urgencias**

Si la condición del paciente amerita atención urgente, realice la orden de traslado a urgencias, genere la epicrisis e informe a la auxiliar de enfermería y jefe del servicio para que inicie el acompañamiento al usuario en lo referente a la admisión y sea atendido directamente en urgencias, para su estabilización y posterior paso a hospitalización.

**Si el usuario requiere hospitalización**

1. Durante la atención del paciente se encuentra que requiere ser hospitalizado por tres razones:
  - Solicita la hospitalización para la realización de un procedimiento quirúrgico o no quirúrgico,
  - Administración de un medicamento
  - Manejo de su patología.
2. Expida la documentación necesaria para la hospitalización (historia clínica, órdenes médicas completas reporte de PCR para covid- 19 negativa, antígenos para covid -19 tanto como para el usuario como el acompañante) verifique la autorización de hospitalización de alta complejidad en habitación Unipersonal)
3. El usuario debe enviar los documentos anteriores a al correo de asignación de camas quienes son los encargados de asignar la habitación.
4. Se educa al paciente y familiar sobre derechos y deberes y normas que deben cumplir durante la hospitalización como seguridad del paciente, recomendaciones y cuidados intrahospitalarios.
5. Recuerde que para las ayudas diagnosticas o terapéuticas que requieran autorización especial, se debe anexar documentos del usuario y entregar al auxiliar administrativo para el respectivo tramite, dejando evidencia de la gestión (firma del recibido).
6. El médico y/o la especialidad que requiera interconsulta deben cargar la orden por el software y/o aplicativo institucional o en la historia clínica.

**Auxiliar de Enfermería / Enfermero(a) Enfermero(a) jefe de consulta externa**

**POSTCONSULTA**

1. Recolecte las órdenes médicas impresas por el médico especialista.

2. Verifique que el paquete este completo, teniendo como fuente de información la epícrisis u hoja de evolución o resumen de historia clínica del usuario; contrarreferencia, órdenes médicas que pueden ser formulas, incapacidades, formatos no pos, consentimiento informado y ayudas diagnósticas.
3. Si encuentra alguna inconsistencia, gestione ante el especialista la corrección.
4. Explique al usuario detalladamente las órdenes médicas, enfatizando en el proceso administrativo y asistencial, aclare las dudas según necesidad.
5. Realice el registro en historia clínica de cada uno de los documentos que entrega.
6. Si el paciente debe continuar en tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia debe informar al servicio correspondiente y realizar entrega de historia clínica.
7. Se debe realizar seguimiento a los pacientes inasistentes, realizar registro en historia clínica del motivo de la inasistencia y de la directriz tomada (reasignación de cita- intervención de psicología o trabajo social).

#### **SI EL USUARIO REQUIERE ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN**

1. Valide la solicitud de traslado al servicio de urgencias.
2. Valide que el paquete este completo (epícrisis, contrarreferencia, órdenes médicas y demás documentos según necesidad).
3. Notifique a Enfermero(a) Jefe del servicio la necesidad de traslado del usuario a urgencias.
4. Realice el acompañamiento al usuario en lo referente a la admisión a fin de que sea atendido directamente en urgencias.

#### **APLICACIÓN DE RADIOTERAPIA EXTERNA**

##### **Auxiliar de Enfermería Interna**

1. Saluda de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de Bienvenida Institucional y Manual de Atención del usuario.
2. Realiza venopunción para la administración del medio de contraste de acuerdo al tipo de protocolo de TAC simulador (Tipo A).
3. Realiza programación diaria de tratamiento de radioterapia, que incluyen: inicios, simulaciones, refuerzos, reducciones y continuidades.
4. Lleva estadística diaria de los pacientes que inician y de los pacientes activos en radioterapia.
5. Realiza seguimiento de pacientes inasistentes, en caso de identificar que alguno ha fallecido informa a enfermera jefe.
6. Lleva seguimiento de número de aplicaciones diarias por paciente.

7. Ayuda a pasar los pacientes hospitalizados y pacientes con limitación del movimiento o características especiales de traslado al bunker de radioterapia.
8. Prepara el paciente que asiste a tratamiento con vendajes para recibir tratamiento.
9. Realiza llamado telefónico a los servicios de hospitalización para el traslado de los pacientes.
10. Pregunta a enfermera jefe cuáles son los insumos y líquidos que se utilizarán en los casos de radioterapias con sedación y los solicita a farmacia.
11. Realiza canalización de vena periférica al paciente que recibirá radioterapia con sedación, este paciente se citará desde las 06:30 am en ayunas y se pasará a tratamiento tan pronto llegue el médico anestesiólogo.
12. Asiste las irradiaciones que requieren sedación, tanto durante la toma del TAC como en el proceso de simulación, inicio y continuidad de tratamiento.
13. Mensualmente realiza apertura de carro de paro para verificar la fecha de vencimiento de los medicamentos y cambiar semaforización de estos, además de verificar que los equipos que allí se encuentren estén en buenas condiciones y funcionantes. De esto deja un acta firmada por ella y la regente que acompañó la apertura y verificación de este.

**Enfermera jefe**

1. Una vez llega el paciente de la toma del TAC de planeación, saluda de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de bienvenida Institucional y manual de Atención del usuario.
2. Realiza inducción a los pacientes sobre el tratamiento que recibirán de manera individualizada, a través de una sesión educativa sobre la definición de la radioterapia, formas de administrar el tratamiento, frecuencia, requisitos, efectos secundarios locales a corto y largo plazo, cuidados en casa y despejas dudas.
3. Entrega material educativo impreso sobre cuidados durante el tratamiento de Radioterapia según área a tratar y hace firmas formato de asistencia a la inducción del tratamiento y sobre los deberes y derechos de los usuarios.
4. Realiza seguimiento continuo a la aplicación de tratamiento y si es el caso, direcciona a la consulta de morbilidad por Medicina General. Si identifica que un paciente falleció durante el tratamiento, analiza el caso, realiza nota en historia clínica y reporta a médico de general de morbilidad encargado del reporte al parea de epidemiología para efectos de SIVIGILA.
5. Realiza la gestión frente diferentes situaciones complejas de salud, bienestar y salud del paciente que se encuentra en el tratamiento de Radioterapia.
6. Verifica la comprensión de lo explicado solicitando al usuario y/o acompañante que manifiesten con sus palabras lo que entendieron.
7. Registra a los usuarios en la estadística mensual de pacientes nuevos que iniciarán radioterapia para fines de seguimiento en la programación de la simulación y/o inicio de tratamiento y medición de la oportunidad en la

- atención del paciente en el servicio.
8. Realiza anotación en el cuadro de tratamiento de cada paciente si va con quimioterapia concomitante, la IPS donde se la aplicarán, el tipo de quimioterapia que recibirá (IV – oral) y situación especial del paciente (razón de prioridad, seguimiento especial, etc.).
  9. Se cerciora que tenga instaurado el tratamiento antiemético, anti-mucositis, esteroide para casos de radioterapia a nivel de cabeza y cuello según corresponda y si han iniciado el tratamiento concomitante.
  10. Resuelve casos que requieren atención inmediata, relacionados o no con el tratamiento, (morbilidad, maltrato, económicos, de dificultad para el traslado), identificados durante la administración del tratamiento por parte de los tecnólogos.
  11. Lleva indicadores mensuales del servicio (indicadores de riesgo y de oportunidad).
  12. Asiste las irradiaciones que requieren sedación, tanto durante la toma del TAC como en el proceso de simulación, inicio y continuidad de tratamiento y solicita los insumos para ello.
  13. Hace seguimiento permanente de la oportunidad de los inicios, reducciones y refuerzos para garantizar continuidad en el tratamiento.
  14. Mensualmente revisa que el desfibrilador esté funcionando y pega registro de descarga en el formato de carro de paro.
  15. Solicita cambio de medicamentos del carro de paro que estén por vencerse.

**Tecnólogo en Radioterapia**

1. Reciba al usuario amablemente programado el día de la cita para realizar TAC de simulación en el servicio de Radioterapia.
2. Revise la Historia Clínica, verificando el nombre, el diagnóstico, verifica en el formato de parámetros de simulación y extensión del TAC, posicionamiento del paciente, uso de soportes a implementar, resultado de creatinina según protocolo de planeación (A, B o C).
3. Realice en caso de ser necesario elaborar una máscara inmovilizadora, que permita la reproducibilidad del tratamiento y protección personalizada según sea el caso.
4. Desplace al usuario al servicio del TAC.
5. Ingrese al tomógrafo y ubíquelo de acuerdo con la posición del tratamiento.
6. Coloque los accesorios de inmovilización (de ser necesario).
7. Alinee al usuario de acuerdo con los láseres de alineamiento del tomógrafo, verificando que el usuario no quede rotado.
8. Localice en el equipo la región anatómica a trabajar.
9. Demarque en forma de puntos y sobre estos coloca marquillas de estaño.

10. Tome la Tomografía y sobre este defina los puntos de referencia (inicio y final) para la toma de los cortes.
11. Verifique que, si el TAC de Simulación es protocolo A, realice una secuencia sin medio de contraste y luego administre el medio de contraste a través del inyector desde la cabina y tome las nuevas imágenes.
12. Verifique que, si es protocolo B, realice una secuencia sin medio de contraste y luego administre el medio de contraste oral y tome las imágenes inmediatamente.
13. Verifique que, si es protocolo C, no se requiere medio de contraste.
14. Realice por medio de tatuajes sobre la piel del usuario y defina la localización de isocentro de tratamiento.
15. Realice una protección personalizada en Cerrobend que permite proteger estructuras en riesgo según caso.
16. Realice la inducción al paciente sobre sesiones diarias de tratamiento.
17. Verifique el posicionamiento del paciente, uso de movilizadores, conducta que debe tener el paciente durante permanencia en el bunker y ubíquelo sobre la camilla del equipo.
18. Realice los desplazamientos necesarios y tome las placas verificadoras de acuerdo al plan descrito en el cuadro de tratamiento.
19. En el caso de que el inicio sea convencional o en 2D, prepara el paciente para que el Radioterapeuta dibuje sobre el mismo el campo a irradiar.
20. Constate que todas las autorizaciones estén competas antes de iniciar tratamiento.
21. Administre todas las sesiones de tratamiento programadas en el plan de tratamiento, registrado en el cuadro correspondiente, las cuales programa diariamente con registro en el cuadro de control.
22. Realice registro de dosis diaria y acumulada en el cuadro de tratamiento.
23. Controle la aplicación y la inmovilización del paciente durante el tratamiento.
24. Informe a Enfermería cuando el paciente finalice todo su plan de tratamiento.

**Físico Médico**

1. Realice Control Diario y/o Mensual y/o Anual del Acelerador Lineal.
2. Descargue las imágenes del TAC Simulación en estación de Eclipse (software de Planeación) luego se realiza fusión de imágenes (si es el caso).
3. Verifique que estas estén adquiridas adecuadamente en todos sus parámetros, para la realización del tratamiento.
4. A partir de los volúmenes definidos por el médico radioterapeuta, realice la planeación del tratamiento en el sistema de planeación TPS.
5. Explique al Radioncólogo el o los planes realizados al paciente para su aprobación.
6. Una vez aprobado el tratamiento por el Radioncólogo, registre los datos en el cuadro correspondiente.
7. Informe a enfermería que el plan de tratamiento está listo y autorizado, para la programación del inicio del mismo.
8. Autorice el inicio de tratamiento con registro en la placa verificadora correspondiente.

9. Realice en caso de Emergencia Formato de accidentes Radiológicos en Radioterapia.

**Radioterapeuta**

1. Verifique si las imágenes de TAC cumplen con las condiciones para el tratamiento del paciente.
2. Defina los volúmenes de planeación GTV, CTV y PTV y órganos a riesgo, así como el esquema de tratamiento de acuerdo con la historia clínica.
3. Apruebe el plan de tratamiento que más cumpla con los requerimientos clínicos del caso.
4. Autorice el inicio de tratamiento con registro en la placa verificadora correspondiente.
5. Realice la valoración clínica basada en los elementos y datos diversos sobre los resultados de la dosis de Radiación recibida.
6. Verifique la constancia de los datos anatómicos, teniendo en cuenta las variaciones para modificar el plan de tratamiento cuando se considere preciso.

**APLICACIÓN DE BRAQUITERAPIA**

**Auxiliar de Enfermería Interna**

1. Recoge los equipos a utilizar en braquiterapia en el servicio de esterilización, de acuerdo al listado de recibido firmado en el libro de esterilización de radioterapia.
2. Solicita a la paciente que orine antes de entrar al tratamiento de braquiterapia.
3. Alista equipo para aplicación de braquiterapia intracavitaria y guantes estériles para Radioncólogo y enfermera de radioterapia.
4. Entra paciente al bunker de braquiterapia y la ubica en posición ginecológica (En la Unidad sólo se realizan braquiterapias intracavitarias a pacientes con Ca de cérvix o endometrio).
5. Hace firmar el consentimiento de venopunción, cateterismo vesical y sedación.
6. Aplica metoclopramida sc, midazolam iv y meperidina sc.
7. Realiza asepsia en parea genital
8. Acolita a enfermera jefe en la colocación de la sonda Foley.
9. Asiste como enfermera circulante en el vestido con traje aséptico tanto al Radioncólogo como a la enfermera jefe que realizarán el procedimiento.
10. Asiste el procedimiento.
11. Ubica la paciente bajo el radiógrafo para la toma del Rx de pelvis AP y lateral.
12. Revelas las placas y las marca.

13. Colabora con la seguridad en el ingreso de personal al servicio de radioterapia durante el tiempo que la fuente radiactiva esté irradiando.
14. Saca a paciente del bunker.
15. Una vez la paciente recibe la última aplicación de braquiterapia, arma el sobre con el cuadro de tratamiento, las planeaciones y la radiografías y lo archiva.
16. Realiza lavado de equipos y limpieza de camilla.
17. Realiza listado de equipos a esterilizar con sterrad en el libro de esterilización y lo lleva al servicio de esterilización institucional diariamente.
18. Realiza cambio de líquidos de esterilización rápida (quiruger) y limpieza terminal del mesón y camilla diariamente.
19. Entrega al servicio de farmacia la fórmula de los medicamentos e insumos usados durante el procedimiento de braquiterapia.
20. Organiza medicamentos, insumos y equipos correspondientes al bunker de braquiterapia.

**Enfermera jefe**

1. Diligencia el cuadro de tratamiento de braquiterapia, de acuerdo al formato Prebraquiterapia diligenciado por el radio-oncólogo durante la valoración de la paciente.
2. Verifica que el consentimiento informado esté firmado.
3. Diligencia la estadística diaria de braquiterapia.
4. Coloca sonda vesical.
5. Presenta la paciente al radioncólogo, especificando el nombre, la edad, el diagnóstico con el estadio, la dosis que recibió de radioterapia externa y cuándo la finalizó, lo que él escribió en el formato de Prebraquiterapia y el sistema que esté programado para colocar.
6. Si se trata de un cilindro vaginal, hace tacto vaginal para especificar al médico tratante el estado de la paciente en ese momento y la amplitud del canal vaginal para hacerse una idea del tipo de cilindro a aplicar.
7. Asiste como instrumentadora al Radioncólogo durante la aplicación del dispositivo intracavitario, para armar el sistema antes de colocarlo.
8. Inmoviliza.
9. Coloca guías en los colpostatos para la medición durante la planeación.
10. Informa al físico médico que la paciente ya está lista para la toma del RX de pelvis AP y lateral.
11. Conecta la paciente al robot que contiene la fuente de iridio 192 para el inicio de la irradiación.
12. Realiza nota de procedimiento de braquiterapia que firma el Radioncólogo y la enfermera(o) jefe.
13. Realiza fórmula Prebraquiterapia para prevención de infección vaginal y dolor.
14. Realiza fórmula de medicamentos e insumos usados durante el procedimiento para que la auxiliar los solicite en

- el servicio de farmacia.
15. Colabora con la seguridad en el ingreso de personal al servicio de radioterapia durante el tiempo que la fuente radiactiva esté irradiando.
  16. Una vez irradiada la paciente, retira el dispositivo.
  17. Asigna cita de siguiente aplicación, la cual consigna en el libro programador de braquiterapia y en el carnet de radioterapia de la paciente.
  18. Realiza informe final y hoja de contrarreferencia a gineco-oncología y control con radioterapia una vez la paciente finaliza el tratamiento. Del informe final van dos copias para auxiliar externa que la remite a facturación, uno para la historia clínica y uno para el sobre de tratamiento.
  19. Finalizado el tratamiento, recuerda cuidados en casa y manejo de estenosis vaginal, resequedad vaginal e inicio de relaciones sexuales.
  20. Realice Control Diario y/o Mensual y/o Anual del equipo de Braquiterapia.
  21. Descargue las imágenes del TAC Simulación en estación de Eclipse (software de Planeación) luego se realiza fusión de imágenes (si es el caso).
  22. Verifique que estas estén adquiridas adecuadamente en todos sus parámetros, para la realización del tratamiento.
  23. A partir de los volúmenes definidos por el médico radioterapeuta, realice la planeación del tratamiento en el sistema de planeación TPS.
  24. Explique al Radioncólogo el o los planes realizados al paciente para su aprobación.
  25. Una vez aprobado el tratamiento por el Radioncólogo, registre los datos en el cuadro correspondiente.
  26. Informe a enfermería que el plan de tratamiento está listo y autorizado, para la programación del inicio del mismo.
  27. Autorice el inicio de tratamiento con registro en la placa verificadora correspondiente.
  28. Realice en caso de Emergencia Formato de accidentes Radiológicos en Radioterapia.

**Radioterapeuta**

1. Revise historia clínica del paciente antes del procedimiento.
2. Defina los volúmenes de planeación y órganos a riesgo, así como el esquema de tratamiento de acuerdo a la historia clínica.
3. Realice la aplicación de los dispositivos necesarios para el tratamiento.
4. Apruebe el plan de tratamiento.
5. Autorice el inicio de tratamiento con registro en el plan correspondiente.
6. Realice la valoración clínica basada en los elementos y datos diversos sobre los resultados de la dosis de Radiación recibida.

**Físico Médico**

1. Realice Control Diario y/o Mensual y/o Anual del equipo de Braquiterapia.
2. Toma las placas radiográficas para la realización del tratamiento.
3. Realice la planeación del tratamiento en el TPS.
4. Explique al Radioncólogo el o los planes realizados al paciente para su aprobación.
5. Una vez aprobado el tratamiento por el Radioncólogo, registre los datos en el cuadro correspondiente.
6. Verifique las conexiones de los dispositivos al equipo y la seguridad radiológica antes de iniciar tratamiento.
7. Ejecute el tratamiento correspondiente y esté atento al desarrollo de este.
8. Informe a Enfermería cuando finalice la aplicación, previa verificación de las condiciones de seguridad radiológica.
9. Realice en caso de Emergencia Formato de accidentes Radiológicos en Radioterapia.

La consulta de Medicina General de Morbilidad tiene por objeto brindar atención integral y oportuna a la población que asiste a la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, que incluye pacientes que asisten a los diversos servicios que ofrece la unidad como radioterapia, quimioterapia, dolor y cuidados paliativos entre otros.

Se constituye como un puente de comunicación entre los pacientes y profesionales especializados para la garantizar un seguimiento y manejo integral a su patología de base y los efectos adversos y/o complicaciones que se puedan presentar con la enfermedad y los tratamientos llevados a cabo como radioterapia y quimioterapia.

Así mismo, es un espacio donde se llevan a cabo actividades educativas y preventivas, para disminuir el riesgo de efectos adversos y complicaciones derivadas de la patología oncológica y/o tratamientos instaurados.

Dicha consulta no solo se enfoca en el manejo del paciente oncológico, sino también en la valoración, seguimiento y control de patologías crónicas como diabetes, hipertensión, entre otras, que manifiesten los pacientes durante el desarrollo de la consulta, garantizando la revisión, formulación de medicamentos, de paraclínicos y remisiones medicas especializadas, mejorando la oportunidad y el control de dichas patologías.

El Medico General de Morbilidad, se constituye en un actor fundamental para la implementación, organización y realización de la Junta de Tumores, con la participación de las diversas especialidades que concurren.

**FUNCIONES ESPECIFICAS**

**CONSULTA DE MORBILIDAD RADIOTERAPIA: ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES INGRESAN AL SERVICIO DE RADIOTERAPIA. EXISTEN 2 TIPOS DE CONSULTA**

**Primera vez:** Con duración 30 minutos, donde se realizan las siguientes actividades:

1. Revisión de historia clínica del paciente: Valoraciones por especialistas, estudios imagenológicos, histopatológicos y demás exámenes que se consideren de relevancia. Se hace especial énfasis en el tipo de tratamiento seleccionado por el radioterapeuta.
2. Realización de resumen de la patología oncológica del paciente.
3. Saludo y presentación: Al ingresar el paciente, se realiza saludo y presentación, donde se le indica que el objetivo de la consulta está enfocado en la atención integral de su patología oncológica y en cualquier otra necesidad relacionada con el campo de acción y autonomía del médico general. En esta etapa se busca generar un vínculo cercano al paciente, se indaga por su procedencia y sus actividades cotidianas, para garantizar una atención con calidez humana.
4. Anamnesis: Se interroga al paciente sobre los síntomas iniciales previo a la confirmación histopatológica del cáncer, así mismo, sobre los exámenes realizados, las valoraciones especializadas y los tratamientos en los que se encuentra actualmente (Teleterapia, braquiterapia, quimioterapia u otro). Teniendo en cuenta el tipo de tratamiento actual, se indaga sobre las molestias o efectos adversos percibidos y si ha implementado o recibido algún manejo para estos. Se hace especial énfasis en la valoración del dolor.
5. Revisión de exámenes: Se realiza si el paciente asiste con paraclínicos que no se encuentran consignados en la historia clínica.
6. Examen físico: Toma de signos vitales, exploración de cabeza y cuello, cardiopulmonar.
7. Análisis del caso: Donde se describe el estado actual del paciente, la tolerancia del tratamiento instaurado, los hallazgos encontrados en las etapas de valoración anteriores y la justificación del manejo a seguir (medicamentos, paraclínicos, remisiones).
8. Diagnóstico: Se indica el diagnostico de su patología de base, de los efectos adversos o morbilidad evidenciada, de otro tipo de patologías crónicas que el paciente pueda estar presentando.
9. Plan de Manejo: Se establece la frecuencia de control o seguimiento, la indicación de continuar o suspender la radioterapia en caso de efectos adversos marcados, el tratamiento farmacológico instaurado y finalmente los paraclínicos o valoraciones especializadas que se solicitan por primera vez o que están pendientes de llevar a cabo.
10. Recomendaciones finales: De carácter educativo y preventivo con relación a la parte nutricional, dermatológica y otros aspectos para disminuir el riesgo de complicaciones principalmente infecciosas.

**1. Consulta de Control:** Con duración 20 minutos, donde se realizan las siguientes actividades:

11. Saludo: Al ingresar el paciente, se realiza saludo y se indaga por sus actividades cotidianas, para garantizar una atención con calidez humana.
12. Anamnesis: Se interroga al paciente sobre los síntomas, molestias o efectos adversos percibidos y si ha implementado o recibido algún manejo para estos. Adicionalmente sobre los controles realizados y pendientes por las especialidades tratantes. Se hace especial énfasis en la valoración del dolor.
13. Revisión de exámenes: Se realiza si el paciente asiste con paraclínicos indicados por especialistas tratantes o por las consultas previas de morbilidad.
14. Examen físico: Toma de signos vitales, exploración de cabeza y cuello, cardiopulmonar, abdominal, extremidades, neurológico y otras regiones de acuerdo con el tipo de patología y tratamiento instaurado.
15. Análisis del caso: Donde se describe el estado actual del paciente, la tolerancia del tratamiento instaurado, los hallazgos encontrados en las etapas de valoración anteriores y la justificación del manejo a seguir (medicamentos, paraclínicos, remisiones).
16. Diagnóstico: Se indica el diagnóstico de su patología de base, de los efectos adversos o morbilidad evidenciada, de otro tipo de patologías crónicas que el paciente pueda estar presentando.
17. Plan de Manejo: Se establece la frecuencia de control o seguimiento, la indicación de continuar o suspender la radioterapia en caso de efectos adversos marcados, el tratamiento farmacológico instaurado y finalmente los paraclínicos o valoraciones especializadas que se solicitan por primera vez o que están pendientes de llevar a cabo.
18. Recomendaciones finales: De carácter educativo y preventivo con relación a la parte nutricional, dermatológica y otros aspectos para disminuir el riesgo de complicaciones principalmente infecciosas.

**NOTA:** Durante la consulta de Morbilidad de Radioterapia, de acuerdo con la pertinencia y evolución clínica del paciente, se realiza revisión de las planeaciones de tratamiento en conjunto con Radioterapeuta y personal de física médica, para determinar posibles ajustes que permitan mejorar los resultados terapéuticos y/o disminuir el riesgo de complicaciones del manejo.

Adicionalmente, se realizan las valoraciones adicionales o complementarias que se generan por el llamado del personal de enfermería (jefes y auxiliares) y tecnólogos cuando evidencian complicaciones o efectos adversos durante el tratamiento.

**ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA**

**PACIENTE PARA TRATAMIENTO ENDOVENOSO O POR DIFERENTE VIA QUE REQUIERA PREPARACION EN LA CENTRAL DE MEZCLAS**

**Enfermero(a) Jefe de Quimioterapia:**

1. Saluda al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Atiende al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.
3. Recepciona ficha emitida por facturación, la cual incluye nombre del paciente, fecha de aplicación y firma del Analista de cuentas de facturación, es el soporte que evidencia la apertura del ingreso.
4. Solicita carnet de citas, carnet de aplicación de quimioterapia si tiene y verifica que no se tenga alguna observación previa al inicio.
5. Ingresar al paciente con su acompañante al área de toma de signos vitales
6. Toma, valora y registra signos vitales: saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura,”. Registre en el Formato de Signos vitales.
7. Realiza anamnesis, indaga al paciente y si es el caso al familiar cuando es menor de edad o discapacitado; identifica si ha presentado en los últimos 3 días fiebre, gripe, diarrea u otra sintomatología, si ha estado hospitalizado en la última semana, si presenta alergia (alimentos-medicamentos), si el usuario tiene además alguna otra enfermedad de base que requiera tomar medicación como ejemplo: antihipertensivos entre otros.
8. Brinda educación con relación a su tratamiento y si el paciente es nuevo, la inducción (educación con relación a su enfermedad, forma de administración de su tratamiento, efectos secundarios, cuidados, signos de alarma, indicaciones específicas durante la permanencia en sala (lavado de manos)).
9. Recuerda sobre deberes y derechos, trámites para continuar con su tratamiento.
10. Verificar manilla de identificación, revisión del estado de sitios de venopunción, sondas, catéteres, curaciones, zonas de presión, estado de higiene corporal, fecha de equipos, etc., si proviene de hospitalización.
11. Solicita interconsulta por psicología, trabajo social y/o por el especialista según necesidad y registra en historia clínica.
12. Realiza orientación al usuario para que realice lavado de manos como lo indica el procedimiento previo ingreso a la sala y acompaña a ubicarse en la silla agendada de acuerdo con la condición física del paciente y del protocolo que se va a administrar.
13. Explique al familiar que debe permanecer en sala de espera; podría ingresar por cinco (5) minutos previa autorización de (la) jefe del servicio. No es posible ingresar cuando se esté canalizando y administrando tratamiento al paciente. Para el ingreso siempre debe realizar el lavado de manos y utilizar tapabocas.

14. Recepcione en la central de mezclas las Quimioterapias del Pass through en la cava y realiza la validación con el formato establecido de **FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA ADMINISTRAR EN SALA DE QUIMIOTERAPIA**. Reciba los medicamentos preparados de central de mezclas, entrega mano a mano y chequeo cruzado con el personal de farmacia teniendo en cuenta especificaciones de cada medicamento como protección de la luz, verificación de nombre y apellidos, documento de identificación, medicamento, dosis y vía. Ante inconsistencia en la mezcla, no se recibe la misma.
15. Para administrar quimioterapia verifique con el Plan y verificación de mezclas (nombre y apellidos del paciente, documento de identidad, medicamento y dosis, recuerde realizar doble verificación en la administración de medicamentos); si es correcto, se administran uno por uno los medicamentos de quimioterapia según el esquema y usando bomba de infusión (Debe tener en cuenta protocolo, orden de administración del medicamento, tiempos de infusión de acuerdo al esquema, pre - medicación específica, recomendaciones del especialista. Siempre que se administre un medicamento debe realizar verificación de los correctos.
16. Verifica durante la administración retorno venoso la permeabilidad para evitar flebitis o daño del acceso venoso.
17. Al finalizar la administración de cada medicamento, realiza irrigación del acceso venoso con los líquidos de hidratación.
18. Realiza rondas durante toda la jornada valorando el paciente y sus condiciones generales, así como el sitio de punción.
19. Finaliza el tratamiento y realice lavado con SSN al 0.9%, verifique que el paciente recibió todo el tratamiento (revise **FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA ADMINISTRAR EN SALA DE QUIMIOTERAPIA** y que no quede ningún medicamento preparado), realice toma y valoración de signos vitales y luego se procede a retirar acceso venoso.
20. Realiza presión y se deja cubierto para evitar hematoma.
21. Realice registro de enfermería en Indigo Crystal.net tomando siempre el número de ingreso actual que corresponda al procedimiento que se le está facturando al paciente en el servicio de quimioterapia debe imprimirla y archivarla en la historia clínica junto con la hoja de medicamentos e infusiones hospitalarias donde se registra medicamentos, infusiones e insumos administrados al paciente. En caso de reanimación cerebro-cardiopulmonar estabiliza paciente y traslada con todo el soporte ventilatorio, monitorizado, vía de acceso venoso permeable; traslada en camilla al servicio de urgencias por todo el equipo interdisciplinario y realiza entrega del paciente y registro en historia clínica. Realiza registro en historia clínica y entrega copia de evolución al servicio de urgencias.
22. Antes de archivar nota en la historia clínica se verifica si el usuario tiene tratamiento oral ambulatorio, se realiza la entrega y educación pertinente, así como se solicita al usuario y/o acompañante firmar hoja de evolución en constancia de que se le entrego el medicamento.
23. Siempre que vaya a proceder a administración de medicamentos en quimioterapia debe verificar los correctos,

informar efectos específicos del medicamento, recomendar los cuidados especiales que debe tener durante la infusión, indicarle al paciente que debe informar si siente alguna reacción (dificultad para respirar, rash o dolor, ardor, frío, calor, inflamación en sitio de canalización), verificar el acceso venoso. De igual forma se deben conocer los efectos de los medicamentos, los tiempos de infusión y diluciones que son establecidos por los laboratorios que los producen como también los cuidados especiales que deben tener

**FRECUENCIA DE DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO,**

**DE VENOPUNCIÓN: Uno por ciclo.**

**DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA, Uno por tratamiento, si no tiene cambio de protocolo. Si hay cambio de protocolo, debe diligenciarse otro.**

**Consulta Morbilidad en Quimioterapia:** Se realiza en dos escenarios. El primero, ante el eventual llamado del personal de enfermería al identificar alguna complicación o deterioro del estado funcional del paciente durante la administración de la quimioterapia y su objetivo establecer la condición clínica del paciente, iniciar manejo terapéutico y de acuerdo con la gravedad, determinar la necesidad de valoración por el servicio de urgencias. El segundo, cuando se lleve a cabo la valoración rutinaria de los pacientes que asisten a la administración de la quimioterapia. En ambos casos, la secuencia de atención se realiza siguiendo los mismos pasos descritos en la consulta de Morbilidad de Radioterapia.

**PACIENTE PARA TRATAMIENTO ENDOVENOSO O POR DIFERENTE VIA QUE REQUIERA PREPARACION EN LA CENTRAL DE MEZCLAS**

**Auxiliar de Enfermería de Quimioterapia**

1. Saluda al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Atiende al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.
3. Reporta al enfermero(a) jefe casos de interconsulta por psicología, trabajo social y/o por el especialista según necesidad; registra en historia clínica.
4. Si se considera necesario realizar cambio de silla debe informar a enfermero(a) jefe.
5. Organiza equipos de bomba de infusión, con líquidos de hidratación en la silla asignada a cada paciente (previamente con un sticker que tiene la identificación del paciente y del tratamiento que va a recibir).
6. Diligencia el tablero de identificación del paciente.

7. Explica al familiar que debe permanecer en sala de espera; podría ingresar por cinco (5) minutos previa autorización de (la) jefe del servicio. No es posible ingresar cuando se esté canalizando y administrando tratamiento al paciente. Para el ingreso siempre debe realizar el lavado de manos y utilizar tapabocas.
8. Acompaña al paciente hasta el sitio establecido para la venopunción.
9. Organiza el equipo necesario para la venopunción, aplicando el Protocolo Cuidados de Enfermería en inserción con catéteres centrales y periféricos para paciente en tratamiento de sala de quimioterapia.
10. Organiza el equipo necesario, si se requiere realizar mantenimiento, habilitación o retiro de una aguja de un catéter y debe informar a la Enfermero(a) jefe para que realice este procedimiento.
11. Explica procedimiento de venopunción y diligencia consentimiento informado de venopunción.
12. Canaliza vena periférica o se habilita el catéter implantable o picc según el caso.
13. Cuando se tiene ya el acceso venoso se fija con apósito transparente, se marca con fecha, número de aguja o catéter periférico (yelco) y quien realiza la canalización, se debe conectar los equipos del paciente previamente identificados y verificados con identificación del paciente inmediatamente sin trasladar el paciente y se inicia hidratación según esquema. Si no se va a utilizar el acceso venoso inmediatamente debe limpiar con un sachet el puerto en el momento que se utilice.
14. Si el paciente se encuentra hospitalizado debe coordinar con la Enfermero(a) jefe del servicio de quimioterapia cual es el acceso que se va a seleccionar para el tratamiento.
15. Acompaña al paciente hasta la silla agendada, verifica identificación del paciente corrobore con el tablero de identificación y con el equipo del paciente.
16. inicia hidratación programando la bomba de infusión (informe al paciente qué le administra).
17. Revisa el **FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA ADMINISTRAR EN SALA DE QUIMIOTERAPIA.**
18. Verifica los 10 correctos y administra la pre-medicación de acuerdo al esquema ordenado por el especialista.
19. Administra medicamentos antihistamínicos y antieméticos uno por uno (previa administración se verifica los correctos).
20. Lava la vena y/o el catéter con los líquidos de hidratación al finalizar cada medicamento.
21. Verifica durante la administración retorno venoso la permeabilidad para evitar flebitis química o daño del acceso venoso. Si se presenta la flebitis química se debe reportar como evento adverso.
22. Realice rondas durante toda la jornada valorando condición general del paciente y el sitio de punción. De igual forma se deben conocer los efectos de los medicamentos, los tiempos de infusión y diluciones que son establecidos por los laboratorios que los producen como también los cuidados especiales que deben tenerse con estos.
23. Si encuentra flebitis o el usuario refiere dolor se debe canalizar nuevo acceso venoso.
24. Informar a Enfermero(a) jefe si se identifica algún cambio.

25. Atiende adecuada y oportunamente llamado del paciente.
26. Acompaña al paciente que requiere ir al baño, debe estar pendiente para su regreso y ubicación.
27. Llevar control estricto de los líquidos administrados y eliminados (verifique que tenga recipiente de lo contrario entréguele) en paciente hospitalizado.
28. Realiza una ronda de toma y valoración de signos vitales durante y finalizando la infusión de tratamiento.
29. Cuando finaliza el tratamiento, realiza lavado con SSN al 0.9%, verifica que el paciente recibió todo el tratamiento, realice toma y valoración de signos vitales y le informa a la Enfermero(a) jefe quien es la persona que autoriza retiro del acceso venoso y del equipo de infusión.
30. Retira acceso venoso, realiza presión y se deja cubierto para evitar hematoma.
31. Explica al paciente que debe retirarse el apósito luego de 1 hora.
32. En caso de reanimación cerebro-cardiopulmonar apoya la estabilización del paciente, el traslado con todo el soporte ventilatorio, monitorizado, vía de acceso venoso permeable, así como el traslado en camilla al servicio de urgencias. Realiza registro en historia clínica.
33. Realiza el registro de los insumos y medicamentos con base al paquete de autorizaciones que es entregado por el personal de facturación al personal de enfermería de quimioterapia antes de las 8:00 am del día de la aplicación.
34. Entregue el paquete corregido con la cantidad exacta que es utilizada a farmacia quien ingresa todos los insumos y medicamentos a facturar.

**FRECUENCIA DE DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO,**

**DE VENOPUNCIÓN:** Uno por ciclo.

**DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA,** Uno por tratamiento, si no tiene cambio de protocolo. Si hay cambio de protocolo, debe diligenciarse otro.

**PACIENTE PARA TRATAMIENTO POR VIA INTRAMUSCULAR O SUBCUTANEA (SI EL MEDICAMENTO NO NECESITA PREPARACION SE CITA POSTERIOR A LAS 8:00 HORAS)**

**Enfermero(a) jefe**

1. Saluda al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Atiende al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.
3. Reciba la ficha enviada por facturación como soporte de que se realizó apertura del ingreso, y verifique que no se tenga alguna observación previa al inicio.

4. Solicita en farmacia el medicamento y si es de nevera registre la hora en que fue recibido para informar al paciente el tiempo que debe esperar.
5. Ingresa al paciente con su acompañante, toma, valora y registra los signos vitales: Saturación de Oxígeno, frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura. Registra en el formato de Signos vitales.
6. Realiza anamnesis, explica deberes y derechos, brinda educación con relación a su tratamiento y si el paciente es nuevo debe dar la inducción al tratamiento (educación con relación a su enfermedad, forma de administración de su tratamiento, efectos secundarios, cuidados, signos de alarma, trámites para continuar con su tratamiento, indicaciones específicas durante la permanencia en sala).
7. Solicita apoyo por psicología, trabajo social y/o por el especialista según necesidad y registra en historia clínica.
8. Explica al familiar que debe permanecer en sala de espera; podrían ingresar por cinco (5) minutos previa autorización de la (el) jefe del servicio. No es posible ingresar cuando se esté canalizando y administrando tratamiento al paciente. Para el ingreso siempre debe realizar el lavado de manos y utilizar tapabocas.
9. Realiza acompañamiento del usuario para que realice lavado de manos como lo indica el procedimiento, previo ingreso a la sala.
10. Acompaña al paciente a ubicarse en el área de administración.
11. Realiza lavado de manos y dispone de todas las barreras de bio - seguridad.
12. Organiza el equipo necesario para la administración de la quimioterapia subcutánea o intramuscular.
13. Verifica los correctos con el **FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA LA ADMINISTRACION**

**ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPEUTICO**

1. Realiza lavado de manos, llama al usuario por su nombre, explica la vía por la cual va a recibir el tratamiento y el procedimiento, se verifican los correctos.
2. Selecciona el sitio anatómico de administración de la quimioterapia subcutánea o intramuscular y administra tratamiento.
3. Indica al paciente que debe esperar mínimo 30 minutos después de la aplicación para verificar que no se presente ningún efecto secundario.
4. Realiza la toma, valoración y registro de los signos vitales: Saturación de Oxígeno, frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura. Registra en el formato de Signos vitales
5. Entrega el carné al paciente y/o familiar y despide al usuario si no se presentó ninguna complicación de lo contrario remítalo a urgencias

**FRECUENCIA DE DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, DE VENOPUNCIÓN:** Uno por ciclo.

**DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA**, Uno por tratamiento, si no tiene cambio de protocolo. Si hay cambio de protocolo, debe diligenciarse otro.

**PACIENTE PARA TRATAMIENTO POR VIA INTRAMUSCULAR O SUBCUTANEA (SI EL MEDICAMENTO NO NECESITA PREPARACION SE CITA POSTERIOR A LAS 8:00 HORAS)**

**Auxiliar de Enfermería**

1. Saluda al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Atiende al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad
3. Reciba la ficha enviada por facturación como soporte de que se realizó apertura del ingreso, y luego informe a la jefe de quimioterapia.
4. Explica al familiar que él debe esperar en la sala de espera que puede ingresar si lo requiere el personal de enfermería y que siempre que ingrese a la sala de quimioterapia debe realizar lavado de manos y utilizar tapabocas.
5. Explique al familiar que debe permanecer en sala de espera; podría ingresar por cinco (5) minutos previa autorización de (la) jefe del servicio. No es posible ingresar cuando se esté canalizando y administrando tratamiento al paciente. Para el ingreso siempre debe realizar el lavado de manos y utilizar tapabocas.
6. Solicita en farmacia el medicamento y si es de nevera registre la hora en que fue recibido para informar al paciente el tiempo que debe esperar
7. Realice acompañamiento del usuario para que realice lavado de manos como lo indica el procedimiento previo ingreso a la sala y acompañelo a ubicarse en el área de administración.
8. Organice el equipo necesario para la administración del tratamiento Subcutáneo o intramuscular e informe a la Jefe del servicio.
9. Se le indica al paciente que debe esperar mínimo 30 minutos posterior a la aplicación para verificar que no se presente ningún efecto secundario.

**EJECUCION DE PROCEDIMIENTOS PEDIATRICOS (ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - PUNCION LUMBAR - ASPIRADO DE MEDULA OSEA - BIOPSIA DE MEDULA OSEA - CITOMETRIA - FISH)**

**Auxiliar de Enfermería**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Confirma facturación del usuario.
3. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.
4. Identifique que paciente este en ayuno, y si está hospitalizado debe ingresar con manilla de identificación, revisión del estado de sitios de venopunción, sondas, catéteres, curaciones, zonas de presión, estado de higiene corporal, fecha de equipos, buretroles, etc.
5. Solicite el carné de citas, carné de aplicación de quimioterapia y debe ingresar acompañado por el familiar y/o un acudiente responsable mayor de edad.
6. Valore e indague al paciente y si es el caso al familiar cuando es menor de edad o discapacitado, si ha presentado en los últimos 3 días fiebre, gripe, diarrea u otra sintomatología. Si el usuario tiene además alguna otra enfermedad de base que requiera tomar medicación como ejemplo: antihipertensivos entre otros.
7. Solicite al paciente y acompañante que se coloquen el vestuario quirúrgico: bata, gorro, tapabocas, polainas
8. Proceda a tomar los signos vitales y los datos obtenidos, Registre en la historia clínica.
9. Realice lavado de manos y organice el equipo necesario para la venopunción.
10. Explique al usuario el procedimiento a seguir de forma clara y concreta.
11. Seleccione la vena periférica, puncione, rotule (fecha, número yelco y responsable) según protocolo institucional.
12. Instale la venoclisis con líquidos a mantenimiento previa rotulación y verificación de los correctos.
13. Traslade al paciente en camilla con barandas elevadas y su acompañante a la sala de cirugía. Aplique la política de priorización para la atención.
14. Brinde al usuario apoyo y tranquilidad en el momento de trasladarlo a la sala de cirugía
15. Ubique el paciente en la camilla en posición quirúrgica que se requiera de acuerdo al procedimiento que se le va a realizar, monitorice el usuario (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, electrodos), con LEV permeables.
16. Organice el equipo biomédico necesario, los insumos y demás material médico quirúrgico para el procedimiento programado del paciente.
17. Dispone en la mesa de mayo campo estéril cerrado con los insumos necesarios para el procedimiento de acuerdo con la programación. Si es quimioterapia intratecal o va a recibir administración de medicamento por vía endovenosa o subcutánea durante el procedimiento previo a la anestesia en presencia de familiar se verifican los correctos.
18. Da confort y aseo al paciente.
19. Realice las notas de enfermería del paciente del procedimiento, que sean claras y concisas.
20. Procede a organizar las muestras biológicas con los documentos de cada paciente (realizando doble verificación de la rotulación de las muestras), se organizan en termo de transporte de muestras biológicas de acuerdo con el

protocolo institucional, y las que se procesan extramural son entregadas al Jefe de Consulta externa para su revisión y embalaje final.

21. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por otro especialista se solicita interconsulta y debe quedar registrado en historia clínica.

22. Da educación acerca de derechos y deberes

**ENFERMERO(a) JEFE QUIMIOTERAPIA**

1. \_Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Brinde educación con relación a su tratamiento y si el paciente es nuevo la inducción con relación al procedimiento y cuidados posterior al egreso.
3. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por el especialista se solicita interconsulta y debe quedar registrado en historia clínica
4. Realice la confirmación con el químico farmacéutico de los usuarios para la preparación de la Intratecal
5. Verifique el completo diligenciamiento del consentimiento informado y la organización de los paquetes para llevar a patología.
6. Recepcione en la central de mezclas las Quimioterapias Intratecales del Pass through en la cava y realiza la validación con el formato establecido de **FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA ADMINISTRAR EN SALA DE QUIMIOTERAPIA**. Reciba los medicamentos preparados de Central de mezclas, entrega mano a mano y chequeo cruzado con el personal de farmacia teniendo en cuenta especificaciones de cada medicamento como protección de la luz, verificación de Nombre y apellidos, documento de identificación, medicamento, dosis y vía. Ante inconsistencia en la mezcla, no se recibe la misma, si el procedimiento se va a realizar bajo sedación y el paciente requiere de administración de tratamiento por vía intramuscular o subcutánea se coordina para ser administrado durante el procedimiento.
7. Verificar que todo el personal que se encuentre en sala de procedimientos tenga las medidas de bioseguridad (gorro-tapabocas-guantes, bata quirúrgica).

8. Realice lavado quirúrgico de la piel sobre el área que se requiera de acuerdo con el procedimiento que se le va a realizar.
9. Durante el procedimiento bajo sedación se apoya circulación en la sala.
10. vigila vía endovenosa, administración de líquidos y medicamentos igualmente la pérdida de líquidos y control de signos vitales.
11. Durante el procedimiento se realiza toma de muestra para estudios indicados (líquido ceforraquídeo-medula ósea) se procede a rotular cada tubo con los datos de identificación y se dejan en sala en cadena de frío hasta finalizar el procedimiento.
12. Vigilar el sangrado de la zona quirúrgica.
13. Se continúa monitorización del paciente, se valora estado de conciencia, tolerancia a vía oral.
14. Finalice el tratamiento y realice lavado con SSN al 0.9% dejando cubierto sitio donde se realiza procedimiento.  
Verifica que el paciente recibió todo el tratamiento, realice toma y valoración de signos vitales y luego se procede a retirar acceso venoso (cuando el anestesiólogo valore el paciente y autorice).
15. Observa que la ficha de preparación del tratamiento intratecal quede pegada en la hoja de administración de medicamentos.
16. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por otro especialista se solicita interconsulta y debe quedar registrado en historia clínica.

#### **ANESTESIOLOGO**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad
3. Cuando se realice el procedimiento bajo sedación el profesional de anestesiología revisa la información suministrada previamente por el paciente y la consigna en la historia clínica.
4. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por el especialista se solicita interconsulta y debe quedar registrado en historia clínica.
5. Solicita la firma al usuario el consentimiento informado.
6. Informa que por su especialidad se puede o no realizar el procedimiento, si se cancela se debe informar al hematólogo oncólogo y al personal de enfermería de procedimientos. Si el paciente tiene quimioterapia intratecal se informa a la Jefe de Consulta Externa y a la Auxilia de enfermería para suspender el tratamiento.
7. realiza chequeo de todos los equipos que son pertinentes a su ejercicio antes de iniciar el procedimiento, Verifica

- la disponibilidad suficiente tanto de medicamentos anestésicos como insumos necesarios para su actividad (tubo orotraqueal adulto y pediátricos, medicamentos anestésicos, disponibilidad de medicamentos de reanimación).
8. verifique monitorización del usuario y que los equipos necesarios estén funcionando adecuadamente.
  9. Realice lavado de manos según protocolo de Higienización de manos.
  10. Inicie inducción de anestesia.
  11. Evalué y monitoreé el usuario durante el procedimiento.
  12. Administre los medicamentos anestésicos: Dicha administración de medicamentos se puede delegar a la jefe de enfermería y/ o auxiliar de enfermería bajo supervisión directa del anesthesiólogo en el momento de la inducción intravenosa, mientras el anesthesiólogo se encarga del manejo de la vía aérea.
  13. Valora paciente, indica el momento en que se puede trasladar.
  14. Traslade al paciente en camilla con barandas elevadas, monitorizado a sala de recuperación o al servicio de quimioterapia si requiere continuar tratamiento.
  15. En caso de reanimación cerebro-cardiopulmonar se estabiliza paciente y se traslada con todo el soporte ventilatorio, monitorizado, vía de acceso venoso permeable, se traslada en camilla al servicio de urgencias por todo el equipo interdisciplinario y se realiza entrega del paciente. Realiza registro en historia clínica y se entrega en urgencias.
  16. Durante el procedimiento realiza récord de anestesia y al finalizar realiza registro en historia clínica y entrega a la auxiliar de enfermería.

**Hemato Oncólogo pediatra:**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.
3. El profesional revisa la información suministrada previamente por el paciente, revisa historia clínica, verifica laboratorios si se requiere, verifica que el procedimiento programado y las dosis sean las correctas, realiza anamnesis y consigna en la historia clínica.
4. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por otro especialista se solicita interconsulta y debe quedar registrado en historia clínica.
5. Se verifica nuevamente identificación del paciente y se le explica procedimiento a realizar. explíquelo al usuario cual será el procedimiento, para qué se lo van a realizar, en que consiste, si le va a doler o no, si le generará alguna molestia o cualquier otra información relevante para él y solicite su aprobación.
6. Informa que por su especialidad se puede o no realizar el procedimiento, si se cancela se debe informar al

- personal de enfermería de procedimientos o al anesthesiólogo si se requiere. Si el paciente tiene quimioterapia intratecal se informa a la jefe y Auxiliar de enfermería de procedimientos para suspender el tratamiento.
7. Solicita la firma al usuario el consentimiento informado.
  8. Realice procedimiento programado (punción lumbar, toma de muestra de líquido cefalorraquídeo y administra quimioterapia intratecal bajo anestesia si es el caso, aspirados, biopsia).
  9. Cubra con apósito estéril compresivo el o los sitios de Punción.
  10. Ubique al usuario en posición decúbito dorsal y asiste al despertar de la anestesia si es el caso, bajo monitorización.
  11. Acompaña el traslado del paciente en camilla con barandas elevadas, monitorizado a sala de recuperación o al servicio de quimioterapia si requiere continuar tratamiento.
  12. En caso de reanimación cerebro-cardiopulmonar se estabiliza paciente y se traslada con todo el soporte ventilatorio, monitorizado, vía de acceso venoso permeable, se traslada en camilla al servicio de urgencias por todo el equipo interdisciplinario y se realiza entrega del paciente y registro en historia clínica. Realiza registro en historia clínica y se entrega en urgencias.
  13. Mantenga informado al paciente y a su familia sobre su evolución clínica, tratamiento estado de salud,
  14. pronóstico y riesgos, y aclare las dudas, explíqueselo de manera sencilla para que puedan entenderlo y
  15. participar activamente; coménteles de los apoyos diagnósticos que ha solicitado para confirmar o aclarar el diagnóstico o modificarlo, en caso de requerir algún tipo de interconsulta notifica al paciente o
  16. acompañantes su finalidad.
  17. Motive al paciente y su familia sobre autocuidado.
  18. Al finalizar realiza registro en historia clínica y entrega a la auxiliar de enfermería o enfermero(a) jefe.

**EJECUCION DE PROCEDIMIENTOS ADULTO (ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - PUNCION LUMBAR - ASPIRADO DE MEDULA OSEA - BIOPSIA DE MEDULA OSEA - CITOMETRIA - FISH)**

**Auxiliar de Enfermería de Preconsulta**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad
3. Identifique que, si es usuario pediátrico que este en ayuno, y si está hospitalizado debe ingresar con manilla de identificación, revisión del estado de sitios de venopunción, sondas, catéteres, curaciones, zonas de presión, estado de higiene corporal, fecha de equipos, buretroles, etc.

4. Solicite el carné de citas, carnet de aplicación de quimioterapia y debe ingresar acompañado por el familiar y/o un acudiente responsable mayor de edad.
5. Proceda a tomar los signos vitales y los datos obtenidos, Registre en la historia clínica.
6. Realice anamnesis, indague al paciente y si es el caso al familiar cuando es menor de edad o discapacitado, si ha presentado en los últimos 3 días fiebre, gripe, diarrea u otra sintomatología. Si el usuario tiene además alguna otra enfermedad de base que requiera tomar medicación como ejemplo: antihipertensivos entre otros.
7. Brinde educación con relación a su tratamiento y si el paciente es nuevo la inducción con relación al procedimiento, es responsabilidad del Enfermero.
8. Cuando se realice el procedimiento bajo sedación el profesional de anestesiología debe revisar la información suministrada previamente por el paciente y consignarla en la historia clínica y realizar un chequeo de todos los equipos que son pertinentes a su ejercicio antes de iniciar el procedimiento.
9. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por el especialista se solicita interconsulta y debe quedar registrado en historia clínica.
10. Verifique el completo diligenciamiento del consentimiento informado y organice paquetes para llevar a patología.
11. Si se confirma por anestesiólogo el procedimiento se continúa con el proceso.
12. Realice lavado de manos y organice el equipo necesario para la venopunción.
13. Explique al usuario el procedimiento a seguir de forma clara y concreta.
14. Seleccione la vena periférica, puncione, rotule (fecha, número yelco y responsable) según protocolo institucional. Instale la venocclisis con líquidos a mantenimiento previa rotulación y verificación de los correctos
16. Realice la confirmación con el químico farmacéutico de los usuarios para la preparación de la Intratecal y con la jefe de Quimioterapia.
17. Ubique el paciente y su acompañante en la sala de observación con su tablero de identificación previamente diligenciado.
18. Traslade al paciente en camilla con barandas elevadas y su acompañante a la sala de procedimientos. Aplique la política de priorización para la atención.
19. Brinde al usuario apoyo y tranquilidad en el momento de trasladarlo a la sala de procedimientos
20. Ubique el paciente en la camilla en posición quirúrgica que se requiera de acuerdo al procedimiento que se le va a realizar, monitoree el usuario (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, electrodos), con LEV permeables.
21. Organice el equipo biomédico necesario, los insumos y demás material médico quirúrgico para el procedimiento programado del paciente.
22. Recepcione los medicamentos y quimioterapia intratecal entregados por la jefe de Quimioterapia y verifique los correctos con el **FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA ADMINISTRAR EN SALA DE QUIMIOTERAPIA.**

23. Dispone en la mesa de mayo campo estéril cerrado con los insumos necesarios para el procedimiento de acuerdo con la programación. Si es quimioterapia intratecal o va a recibir administración de medicamento por vía endovenosa o subcutánea durante el procedimiento previo a la anestesia en presencia de familiar se verifican los correctos.
- Realice técnica de lavado de manos según protocolo higienización de manos.
  - Proceda a vestirse, arreglar la mesa de mayo.
24. Verificar que todo el personal que se encuentre en sala de procedimientos tenga las medidas de bioseguridad (gorro-tapabocas-guantes, bata quirúrgica).
25. Realice lavado quirúrgico de la piel sobre el área que se requiera de acuerdo con el procedimiento que se le va a realizar.
26. Durante el procedimiento bajo sedación se apoya circulación en la sala.
27. Anestesiólogo administra medicamentos para sedación, y luego hematologo-oncologo realiza procedimiento.
28. Vigila vía endovenosa, administración de líquidos y medicamentos igualmente la pérdida de líquidos y control de signos vitales.
29. Durante el procedimiento se realiza toma de muestra para estudios indicados (líquido ceforraquídeo-medula ósea) se procede a rotular cada tubo con los datos de identificación y se dejan en sala en cadena de frio hasta finalizar el procedimiento.
18. Finaliza procedimiento se deja cubierto sitio donde se realiza procedimiento.
19. Anestesiólogo valora paciente, indica el momento en que se puede trasladar el paciente.
20. Traslade al paciente en camilla con barandas elevadas, monitorizado a sala de recuperación o al servicio de quimioterapia si requiere continuar tratamiento.
21. Realice la entrega del paciente en el área determinada con la historia detalla de su procedimiento, que se le administro y datos importantes para la recuperación del usuario. Administrar oxígeno suplementario, monitorizar el paciente e idealmente hacerle entrega formal el usuario a la auxiliar o jefe de enfermería.
22. Vigilar el sangrado de la zona quirúrgica.
23. Se continúa monitorización del paciente, se valora estado de conciencia, tolerancia a vía oral.
24. Finalice el tratamiento y realice lavado con SSN al 0.9%, verifique que el paciente recibió todo el tratamiento, realice toma y valoración de signos vitales y luego se procede a retirar acceso venoso (cuando el anestesiólogo valore el paciente y autorice).
25. Brinde información a la familia acerca de su estado de salud y el proceso de recuperación
26. Realice las notas de enfermería del paciente del procedimiento, que sean claras y concisas.
27. Procede a organizar las muestras biológicas con los documentos de cada paciente (realizando doble verificación)

de la rotulación de las muestras), se organizan en termo de transporte de muestras biológicas de acuerdo con el protocolo institucional, y las que se procesan extramural son entregadas al Jefe de Consulta externa para su revisión y embalaje final.

**ENFERMERO(a) JEFE QUIMIOTERAPIA**

Recepcione en la central de mezclas las Quimioterapias Intratecales del Pass through en la cava y realiza la validación con el formato establecido de **FORMATO DE PLAN Y VERIFICACIÓN DE MEZCLAS PARA ADMINISTRAR EN SALA DE QUIMIOTERAPIA**. Reciba los medicamentos preparados de Central de mezclas, entrega mano a mano y chequeo cruzado con el personal de farmacia teniendo en cuenta especificaciones de cada medicamento como protección de la luz, verificación de Nombre y apellidos, documento de identificación, medicamento, dosis y vía. Ante inconsistencia en la mezcla, no se recibe la misma y posteriormente se entrega a Enfermero(a) jefe o auxiliar de enfermería en la sala procedimientos (verificando los correctos), si el procedimiento se va a realizar bajo sedación y el paciente requiere de administración de tratamiento por vía intramuscular o subcutánea se coordina para ser administrado durante el procedimiento.

**ANESTESIOLOGO**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad
3. Cuando se realice el procedimiento bajo sedación el profesional de anestesiología revisa la información suministrada previamente por el paciente y la consigna en la historia clínica.
4. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por el especialista se solicita interconsulta y debe quedar registrado en historia clínica.
5. Solicita la firma al usuario el consentimiento informado.
6. Informa que por su especialidad se puede o no realizar el procedimiento, si se cancela se debe informar al hematólogo oncólogo y al personal de enfermería de procedimientos. Si el paciente tiene quimioterapia intratecal se informa a la Jefe de Consulta Externa y a la Auxilia de enfermería para suspender el tratamiento.
7. realiza chequeo de todos los equipos que son pertinentes a su ejercicio antes de iniciar el procedimiento, Verifica la disponibilidad suficiente tanto de medicamentos anestésicos como insumos necesarios para su actividad (tubo oro traqueal adulto y pediátricos, medicamentos anestésicos, disponibilidad de medicamentos de reanimación).

8. verifique monitorización del usuario y que los equipos necesarios estén funcionando adecuadamente.
9. Realice lavado de manos según protocolo de Higienización de manos.
10. Inicie inducción de anestesia.
11. Evalúe y monitoree el usuario durante el procedimiento.
12. Administre los medicamentos anestésicos: Dicha administración de medicamentos se puede delegar a la jefe de enfermería y/ o auxiliar de enfermería bajo supervisión directa del anestesiólogo en el momento de la inducción intravenosa, mientras el anestesiólogo se encarga del manejo de la vía aérea.
13. Valora paciente, indica el momento en que se puede trasladar.
14. Traslade al paciente en camilla con barandas elevadas, monitorizado a sala de recuperación o al servicio de quimioterapia si requiere continuar tratamiento.
15. En caso de reanimación cerebro-cardiopulmonar se estabiliza paciente y se traslada con todo el soporte ventilatorio, monitorizado, vía de acceso venoso permeable, se traslada en camilla al servicio de urgencias por todo el equipo interdisciplinario y se realiza entrega del paciente. Realiza registro en historia clínica y se entrega en urgencias.
16. Durante el procedimiento realiza récord de anestesia y al finalizar realiza registro en historia clínica y entrega a la auxiliar de enfermería.

**Médico Hematólogo Adulto / Hemato Oncólogo pediatra**

1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.
3. El profesional revisa la información suministrada previamente por el paciente, revisa historia clínica, verifica laboratorios si se requiere, verifica que el procedimiento programado y las dosis sean las correctas, realiza anamnesis y consigna en la historia clínica.
4. Si se identifica necesidad de intervención por psicología, trabajo social o por otro especialista se solicita interconsulta y debe quedar registrado en historia clínica.
5. Se verifica nuevamente identificación del paciente y se le explica procedimiento a realizar. Explíquelo al usuario cual será el procedimiento, para qué se lo van a realizar, en que consiste, si le va a doler o no, si le generará alguna molestia o cualquier otra información relevante para él y solicite su aprobación.
6. Informa que por su especialidad se puede o no realizar el procedimiento, si se cancela se debe informar al personal de enfermería de procedimientos o al anestesiólogo si se requiere. Si el paciente tiene quimioterapia intratecal se informa a la jefe y Auxiliar de enfermería de procedimientos para suspender el tratamiento.

7. Solicita la firma al usuario el consentimiento informado.
8. Realice procedimiento programado (punción lumbar, toma de muestra de líquido cefalorraquídeo y administra quimioterapia intratecal bajo anestesia si es el caso, aspirados, biopsia).
9. Cubra con apósito estéril compresivo el o los sitios de Punción.
10. Ubique al usuario en posición decúbito dorsal y asiste al despertar de la anestesia si es el caso, bajo monitorización.
11. Acompaña el traslado del paciente en camilla con barandas elevadas, monitorizado a sala de recuperación o al servicio de quimioterapia si requiere continuar tratamiento.
12. En caso de reanimación cerebro-cardiopulmonar se estabiliza paciente y se traslada con todo el soporte ventilatorio, monitorizado, vía de acceso venoso permeable, se traslada en camilla al servicio de urgencias por todo el equipo interdisciplinario y se realiza entrega del paciente y registro en historia clínica. Realiza registro en historia clínica y se entrega en urgencias.
13. Mantenga informado al paciente y a su familia sobre su evolución clínica, tratamiento estado de salud,
14. pronóstico y riesgos, y aclare las dudas, explíquesele de manera sencilla para que puedan entenderlo y participar activamente; coménteles de los apoyos diagnósticos que ha solicitado para confirmar o aclarar el diagnóstico o modificarlo, en caso de requerir algún tipo de interconsulta notifica al paciente o acompañantes su finalidad.
15. Motive al paciente y su familia sobre autocuidado.
16. Al finalizar realiza registro en historia clínica y entrega a la auxiliar de enfermería o enfermero(a) jefe.

#### **BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA**

##### **Enfermero(a) jefe de Radioterapia (Oncóloga) – Radioterapeuta**

1. Salude de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de Bienvenida Institucional y Manual de Atención del usuario.
2. Aliste el dispositivo que colocará el Radioterapeuta al usuario.
3. Entregue la bata al paciente, e informe respetuosamente que debe colocársela en el vestier.
4. Dirija en compañía de personal de enfermería para evitar caídas al bunker de Braquiterapia.
5. Realice nuevamente la inducción.
6. Ubique al paciente en la posición indicada de acuerdo con el área a irradiar.
7. Tome signos vitales e indague sobre los antecedentes de alergias a los fármacos.
8. Realice control de signos vitales.
9. Realice asepsia de área según caso.

10. Coloque sonda o canaliza vena, aplique anestesia local y se premédica con Meperidina 100mg y Metoclopramida 10 mg SC, Midazolam 5 mg IV. De acuerdo con el tipo de Braquiterapia a realizar.

11. Una vez se coloca las medidas de protección, el Radioterapeuta valora al paciente y se procede a iniciar el procedimiento.

**Auxiliar de enfermería**

1. Salude de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de Bienvenida Institucional y Manual de Atención del usuario.
2. Verifique que todo el instrumental se encuentra en su totalidad, depositándolo en un recipiente para desinfectar en Enzyger durante 30 minutos.
3. Verifique que en el caso que el usuario se encuentre bajo efectos de la premedicación, se traslada a la sala de recuperación.
4. Una vez recuperado el usuario, traslade hasta la sala de espera para que se reúna con el acompañante y/o familiar.
5. Lavado de material instrumental y lo lleva a esterilización.
6. Organizan la sala realizando aseo limpieza y cambio de sabanas
7. Reclama material cuando ya este estéril

**Radioterapeuta**

12. Salude de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de Bienvenida Institucional y Manual de Atención del usuario.
13. Proceda a la aplicación y fijación del dispositivo según el implante sea Intracavitario, Intersticial o Intraluminal.
14. Verifique que el personal de física médica tome las placas de Rayos con el objetivo de realizar la planeación o TAC del área a irradiar en este último caso se repiten los pasos del proceso Simulación con TAC.
15. Realice junto con el Físico Medico, verifique la posición de los dispositivos, a través de las placas radiográficas o TAC, y decida si su colocación es adecuada o si es necesario reubicar el sistema.
16. Realice con base en las imágenes radiográficas el escaneo de las mismas para enviar a programa de Braquivisión, y realice el plan de tratamiento buscando la mejor alternativa.
17. Socialice junto con el médico las diferentes opciones de tratamiento y apruebe su ejecución.
18. Cerciórese que posteriormente el Físico Médico conecta el dispositivo a través de catéteres al contenedor de la fuente radiactiva de Iridio 192 e indica al paciente que iniciará la irradiación.

**Físico Médico**

		<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Salude de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de Bienvenida Institucional y Manual de Atención del usuario.</li> <li>20. Verifique las conexiones realizadas y verifique o cheque los aspectos de seguridad.</li> <li>21. Informe seguido de llamado ¡“FUENTE AFUERA!””, verificando que se encuentre solo el personal de la unidad de Radioterapia durante la irradiación.</li> <li>22. Ejecute la programación del tratamiento en el equipo de Braquiterapia, bajo vigilancia por circuito cerrado de televisión.</li> <li>23. Una vez termina el tratamiento se comprueba todos los aspectos de seguridad y retorno de la fuente a su sitio de blindaje e informa a la Enfermero(a) Oncóloga.</li> <li>24. Realice diligenciamiento de los formatos de Control Diario y/o Mensual y/o Anual de Braquiterapia.</li> <li>25. Realice en caso de Emergencia Formato de accidentes Radiológicos en Braquiterapia.</li> </ol>
<p>3.</p>	<p>Egreso y recomendaciones posteriores al procedimiento</p>	<p><b>POSCONCULTA (ESPECIALISTA)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oriente al paciente y su acompañante hacia el personal de consulta externa.</li> </ol> <p><b>EGRESO DEL PACIENTE DE CONSULTA (Hematología, Oncología (Adultos-Pediatría), Cirugía De Seno Y Tejidos Blandos, Gastroenterología, Ginecología Oncología, Radioterapia, Dolor Y Cuidados Paliativos, Psicología Y Trabajo Social).</b></p> <p><b><u>Auxiliar de Enfermería/ Enfermero(a) de consulta externa</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.</li> <li>2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.</li> <li>3. Solicite al paciente y/o acompañante fotocopia de la evolución médica para facturación y para él.</li> <li>4. Entregue evolución médica, y organice los paquetes necesarios de acuerdo con la conducta del especialista (fórmulas, tratamiento de radioterapia, tratamiento de quimioterapia, exámenes, otros), el paquete debe llevar fotocopia historia clínica, de documento de identidad, de patología y original de las órdenes.</li> <li>5. Brinde información nuevamente y eduque al paciente y su familiar, sobre cuidados específicos, signos de alarma para solicitar valoración por el servicio de urgencias, trámites administrativos. Verifique que la información fue</li> </ol>

entendida.

6. Entregue a la persona encargada de facturación la documentación adjuntada por parte del usuario como soporte a la factura, solo se entrega este soporte si ya finalizo la atención.
7. Verifique que el paciente egresa de la sala en compañía de su familiar, si el paciente se encuentra solo evalúe si requiere que se acompañe hasta la puerta.
8. Con el paciente hospitalizado realice todos los pasos, pero además realice llamada a piso y entregue el paciente (informe la conducta del especialista en la consulta), envíe copia de la atención realizada al paciente y si debe enviar medicamentos debe enviarlos completos y con las indicaciones específicas.
9. Si el paciente debe continuar en tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia debe informar al servicio correspondiente y realizar entrega de historia clínica.

#### **EGRESO DEL PACIENTE DE QUIMIOTERAPIA**

##### **Enfermero(a) y/o Auxiliar de enfermería**

1. Saluda de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de Bienvenida y egreso y Manual de Atención del usuario.
2. Atiende al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.
3. Solicita al paciente y/o acompañante fotocopia de la nota de enfermería de aplicación y del registro de los medicamentos para facturación y para él.
4. Planea fecha de siguiente administración de tratamiento en agenda de quimioterapia y en carné del usuario. Indica al usuario y/o acompañante que solicite en el módulo de citas la hora de próximo control con el especialista de acuerdo a la fecha propuesta en el carnet.
5. Entrega al paciente o acompañante: evolución médica, paquete de fórmulas revisadas, orden de laboratorios, historia clínica, evolución de enfermería, fotocopia documento de identidad y patología.
6. Brinda información al paciente y/o acompañante sobre los cuidados específicos para el manejo de posibles efectos secundarios del tratamiento y los signos de alarma, trámites administrativos, fecha de próxima aplicación. Verifique que la información fue entendida.
7. Entrega a la persona encargada de facturación la documentación adjuntada por parte del usuario como soporte a la factura, solo se entrega este soporte si ya finalizo el tratamiento y se debe cerrar el ingreso.
8. Verifica que el paciente egresa de la sala en compañía de su acompañante; si el paciente se encuentra solo, evalúe si requiere que se acompañe hasta la puerta.
9. Realice llamada a piso y entregue el paciente (informe qué se le administró al paciente), envíe copia de la atención realizada al paciente y si debe enviar medicamentos entréguelos completos y con las indicaciones

específicas, con el paciente hospitalizado.

**EGRESO DE PACIENTE DE PROCEDIMIENTOS:** (Administración De Quimioterapia Intratecal-Punción Lumbar-Aspirado De Medula Ósea-Biopsia De Medula Ósea-Citometría-Fish)

**Anestesiólogo**

1. Valore el estado de salud y define la salida del usuario, siempre y cuando éste no continúe con tratamiento de Quimioterapia.
2. Informa al personal de enfermería.

**Enfermero(a) /Auxiliar de enfermería de Preconsulta**

3. Salude de forma amable y cordial al usuario y/o acompañante aplicando el protocolo de Bienvenida y egreso y Manual de Atención del usuario.
4. Solicite al paciente y/o acompañante fotocopia de la nota de enfermería de aplicación y del registro de los medicamentos para facturación y para él.
5. Brinde información nuevamente y eduque al paciente y su familiar, sobre los cuidados específicos para el manejo de posibles efectos secundarios del procedimiento y los signos de alarma, fecha de control y fecha de entrega de reporte. Verifique que la información fue entendida.
6. Entregue a la persona encargada de facturación la documentación adjuntada por parte del usuario como soporte a la factura, solo se entrega este soporte si ya finalizo el tratamiento y se debe cerrar el ingreso.
7. Verifique que el paciente egresa de la sala en compañía de su familiar, si el paciente se encuentra solo evalúe si requiere que se acompañe hasta la puerta.
8. Con el paciente hospitalizado realice todos los pasos, pero además realice llamada a piso y entregue el paciente (informe que recibió el paciente), envíe copia de la atención realizada al paciente y si debe enviar medicamentos debe enviarlos completos y con las indicaciones específicas. Entregue usuario y/o acompañante copia de evolución médica firmada y sellada por especialista tratante.
9. Si el paciente continúa en tratamiento de quimioterapia o Radioterapia entregue el paciente con historia clínica al servicio.
10. Realice registro en el libro de Procedimientos y direcciona la muestra al servicio de patología y las que son procesadas en otra institución son embaladas, entregadas por la Jefe de Consulta externa

**TELETERAPIA**

**Jefe de Enfermería y/o Auxiliar de enfermería**

1. En caso de que el paciente requiera sedación para la administración del tratamiento de radioterapia, previo a la toma del TAC, verifica que el servicio haya sido facturado y acuerda en el servicio de programación de cirugía los días que requiere del anesthesiólogo y la hora, solicita los insumos (catéteres, máscaras, humidificadores, etc. según el caso) para la administración de la sedación porque los medicamentos los trae anestesia y acompaña a la realización del TAC y a la aplicación diaria del tratamiento.
2. Programa cita con trabajo social y/o psicología según requiera el paciente para fortalecer adherencia al tratamiento desde el inicio de este.
3. Hace firmar formato de inducción a Radioterapia y de Deberes y Derechos de los Usuarios.
4. Asigna cita con médico de morbilidad en forma temprana, antes del inicio de tratamiento, para que le sean administrados medicamentos en forma profiláctica para el manejo temprano de morbilidades (antieméticos, esteroides, fórmula magistral antimucositis, solicitud de gastrostomías, etc.).  
En caso de que el paciente lleve tratamiento concomitante, realizará llamado telefónico a la IPS que aplicará la quimioterapia para que la apliquen el mismo día que iniciará la radioterapia
5. Asigne cita de refuerzo en la cual se tomará placa verificadora sobre los puntos de tratamiento y se seguirá el curso normal del mismo en el nuevo PTV.
6. Asigne cita con el médico radioterapeuta cuando el paciente finalice el tratamiento quién determinará la conducta a seguir emitiendo un informe final de tratamiento y asignación de citas de control.

**BRAQUITERAPIA**

**Enfermero(a) Oncóloga de Radioterapia**

11. Realice nota de enfermería en la historia clínica.
12. Elabore informe final del tratamiento realizado una vez se finaliza el tratamiento de Braquiterapia.
13. Brinde información e indicaciones para el control por Radioncología en 6 meses,
14. entregue los órdenes de control por Radioterapeuta y toma de Citología Vaginal o Cervicovaginal.
15. Eduque en los cuidados post tratamiento para manejo de efectos secundarios a largo plazo de (resequedad vaginal y prevención de estrechez vaginal).

**TRASLADO A MORGUE (Si el paciente fallece en la unidad)**

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente valorado por el especialista que se encuentre en la unidad quien indica fecha y hora de muerte, realiza registro en la historia clínica. Realiza certificado de defunción.</li> <li>2. Informe a la auxiliar de enfermería del servicio en que fallece la conducta tomada para que verifique que la Historia Clínica y anexos están completos y bien diligenciados y los entregue a facturación previo actualización de registros pendientes y admisiones; y de instrucciones a los acompañantes sobre el trámite de entrega del cadáver, si el paciente se encontraba hospitalizado se debe además informar a piso.</li> <li>3. Solicite al personal que proceda con el traslado del occiso en concordancia con el decálogo del trato humanizado respetamos el cadáver y brindamos apoyo emocional y espiritual a los familiares.</li> </ol>
4.	Atención psicológica a pacientes oncológicos (adultos y niños) y su familia	<p>Para la presente descripción de la atención a pacientes oncológicos, por el servicio de Psicología, se toman como referencias: Evaluación y abordaje psico oncológico en personas adultas con cáncer en tercer nivel. Formato Informe Valoración Psicológica de Verificación de Derechos v3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.</p> <p><b><u>Psicólogas</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salude al usuario y a su acompañante identificándose con su nombre y cargo que desempeña, de manera amable y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia; tenga en cuenta el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.</li> <li>2. Recuerde en todo momento atender al paciente y acompañante, respetando su dignidad y privacidad.</li> <li>3. Revisión de historia clínica del paciente antes de pasar a la consulta.</li> <li>4. Diligenciamiento del formato de psicología cuando el paciente es atendido por primera vez:</li> </ol> <p><b>INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fecha de valoración:</b> fecha en la que se hace la valoración del paciente.</li> <li>• <b>Datos de identificación del paciente valorado:</b> incluir datos sociodemográficos básicos del paciente, como nombre completo, identificación, fecha y lugar de nacimiento, lugar de procedencia, estado civil, nivel educativo, afiliación a salud, nombres de los padres, o persona de contacto de ser el caso, ocupación, y todos los datos que importen al propósito de la valoración.</li> <li>• <b>Motivo de valoración psicológica:</b> se sugiere de forma textual transcribir la solicitud o situación que deriva la consulta.</li> <li>• <b>Metodología:</b> describir la metodología empleada incluyendo que se plantean hipótesis psicológicas, (ver nota al final), una breve descripción del tipo o modelo de entrevistas psicológicas, escalas, protocolos, guías, instrumentos psicométricos, etc., a quién se aplicaron, en qué fecha y demás datos de dejen en claro toda la</li> </ul>

metodología utilizada.

- **Examen Mental:** incluir de manera clara pero sucinta las áreas (porte y actitud, atención, orientación, memoria, conciencia, afecto, lenguaje, pensamiento, sensopercepción, juicio, prospección, entre otros). Para la exploración del examen mental se recomienda la utilización de protocolos que ya existen para tal fin o la incorporación de estrategias dentro de la valoración psico oncológica para explorar cada área. El psicólogo deberá dejar constancia en la valoración cómo se encuentra la persona al momento de la frente a:
  - ✓ **Porte y actitud:** Se describirá el comportamiento del paciente al momento de la valoración, su forma de vestir, sus expresiones corporales y faciales, el tono de voz, la actitud ante el proceso de valoración y los profesionales del equipo.
  - ✓ **Atención:** Se observará y dejará constancia de la atención de la persona hacia el proceso de valoración, el esfuerzo al responder las preguntas, la focalización, la presencia de distractibilidad, el grado de fatigabilidad, entre otros.
  - ✓ **Conciencia:** Se explorará el estado de la conciencia al momento de la valoración, si esta se encuentra sin alteraciones es decir si está en pleno estado de alerta, o si presenta letargia, obnubilación o estupor.
  - ✓ **Orientación:** Se describirá si el paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona durante la valoración.
  - ✓ **Sensopercepción:** Se describirán las posibles alteraciones en los órganos de los sentidos que reporte la persona o su acompañante y la presencia o ausencia de actividad alucinatoria e ilusiones.
  - ✓ **Memoria:** A través de las preguntas realizadas en la entrevista o estrategias propias para valorar este constructo se expondrá en la valoración la capacidad para recuperar información pasada y si la persona da cuenta de dificultades en esta área. Se explorará tanto la memoria de corto plazo como la de largo plazo.
  - ✓ **Lenguaje:** Se valorará y se describirá el lenguaje oral y el no verbal y de ser posible el escrito; tanto el curso (velocidad) como el contenido, la tonalidad, la intensidad y los cambios durante la valoración.
  - ✓ **Pensamiento:** Se valorará y se describirá el curso (velocidad) y el contenido del pensamiento, es decir del flujo de ideas presentes al momento de la valoración. Se apreciará si existen alteraciones, la presencia de ideas fijas, reiterativas, paranoides, referenciales, entre otras.
  - ✓ **Afecto:** Se deben consignar en el informe las emociones y estados de ánimo recientes y los presentes durante la valoración. Se dejará constancia de las reacciones emocionales durante el proceso de valoración y su asociación a temas específicos dentro de la entrevista. Se consignará información sobre la concordancia o discordancia entre el afecto y el lenguaje.
  - ✓ **Juicio:** Identificar si la persona realiza juicio crítico de la realidad, su capacidad de abstracción y simbolización. Consignar si la persona presenta un juicio adecuado, debilitado, desviado, deficiente.
  - ✓ **Prospección:** Se valorará la capacidad que tiene la persona para proyectarse a futuro de acuerdo a un juicio

de realidad.

- ✓ **Sueño:** Se indagará si presenta rituales antes de dormir, tiempo de demora para quedarse dormido, presencia o ausencia de pesadillas, sonambulismo, interrupciones del sueño, alteraciones como parálisis del sueño, movimientos bruscos o violentos, despertar temprano, etc.

**INFORMACIÓN FAMILIAR:** incluir aspectos relevantes de la historia personal, composición familiar y red vincular: (Datos de cada integrante de la familia o red de apoyo (Nombre, parentesco, edad, ocupación y escolaridad).

Identifique las características de la dinámica familiar: Relaciones, comunicación, roles, vinculación afectiva, ejercicio de la autoridad, entre otros. Identifique los factores protectores y de riesgo. Identifique antecedentes personales, familiares.

#### **VALORACIÓN POR ÁREAS**

##### **Área emocional - afectiva**

- Valorar los aspectos psicológicos como síntomas depresivos, angustia y calidad de vida, de personalidad, espirituales, sexuales, entre otros, respetando su origen étnico, su lengua, y sus creencias religiosas.
- Evaluar los aspectos sexuales para determinar el grado de afectación en esta área a consecuencia de los tratamientos oncológicos.
- Duelo.

##### **Área cognitiva - adaptativa**

- Valorar el afrontamiento y toma de decisiones para la participación activa de la persona en sus tratamientos y autocuidado.
- Investigar trastornos adaptativos y depresivos en la persona con cáncer que requiere de atención psicológica y/o psiquiátrica.

##### **Área social y cultural**

- Contexto social y cultural, que afectan el impacto y adaptación de la enfermedad oncológica, tratamientos y pronóstico.

- Indagar lugar de origen y actividades diarias, estilos de vida y recursos personales que afectan el impacto y adaptación de la enfermedad oncológica, tratamientos y pronóstico.
- Indicar el apoyo social percibido, la autoeficacia como elementos asociados al afrontamiento de la enfermedad, el ajuste y el deterioro físico debido a la enfermedad oncológica.

Se debe dejar consignado de forma clara y con lenguaje comprensible en la valoración, lo encontrado por el profesional en cada una de las áreas. En caso de haber aplicado escalas, guías, cuestionarios, pruebas psicológicas y demás, consignar los resultados.

**CONCEPTO VALORACIÓN PSICO ONCOLÓGICA**

Incluya el análisis completo de los resultados de la valoración, triangulando la información recolectada de las diferentes fuentes y técnicas empleadas. En caso de encontrar síntomas relacionados con enfermedad mental, si procede el diagnóstico, emplear algún sistema de clasificación de enfermedades vigente, tipo DSM 5 o CIE 10 explicando que es una impresión diagnóstica. Consignar también la información en caso de no encontrar alteraciones en la salud psicológica. Incluir factores de vulnerabilidad o de generatividad (individual-familiar). Debe quedar claro el contraste de hipótesis realizado cuando se analizan los resultados. En caso de incluir citas bibliográficas como soporte científico de lo expuesto por el profesional se debe realizar una adecuada referenciación.

**PLAN DE INTERVENCIÓN O RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta el concepto, el profesional determinará el plan de intervención o realizará las recomendaciones, de acuerdo con los criterios establecidos.

**FIRMA DE LA VALORACIÓN**

Incluir el nombre completo del profesional y datos de identificación (cédula, tarjeta profesional, entre otros) y la firma.

**9. INDICADORES DE GESTIÓN**

**OPORTUNIDAD**

- Tiempo promedio de espera en el inicio de tratamiento de quimioterapia de primera vez.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 05</b>
		<b>CÓDIGO: AUE-UC-C-001</b>
		<b>PÁGINA: 94 de 98</b>

- ✿ Oportunidad en asignación de citas de primera vez.
- ✿ Promedio de tiempo de espera en la asignación de consulta médica por especialista de Dolor y cuidados Paliativos.
- ✿ Tiempo promedio de espera en el inicio de tratamiento de radioterapia.

#### CONTINUIDAD

- ✿ Proporción de abandono del tratamiento en radioterapia.
- ✿ Proporción de complicaciones del tratamiento en radioterapia.
- ✿ Proporción interrupciones imprevistas durante el tratamiento de radioterapia.
- ✿ Proporción de muertes inesperadas en pacientes en tratamiento de radioterapia con intención curativa.
- ✿ Porcentaje de cumplimiento de tratamientos con radioterapia.

#### PRODUCTIVIDAD

- ✿ Proporción de cumplimiento de citas programadas consulta externa oncológica.
- ✿ Promedio de tiempo de espera en asignación de consulta médica oncológica.
- ✿ Índice de productividad en la sala quimioterapia Adultos.
- ✿ Índice de productividad en la sala quimioterapia Pediátrica.

#### EFFECTIVIDAD

- ✿ Proporción de Usuarios que Admiten haber sido Informados sobre sus Deberes y Derechos.
- ✿ Proporción de Usuarios que Comprendieron al menos un derecho y un deber.
- ✿ Proporción de usuarios que entendieron lo que deben hacer durante la atención.
- ✿ Proporción de Usuarios Satisfechos (res146 b.3.14.).
- ✿ Proporción de usuarios satisfechos con la humanización de la atención.
- ✿ Proporción de PQRS asociadas a una atención deshumanizada.
- ✿ Proporción de usuarios que recomendarían el Hospital a un familiar o amigo (res146 b.3.15.).
- ✿ Proporción de PQRS asociadas a la atención.

#### PROCESOS INVOLUCRADOS

- Atención en el Servicio De Hospitalización Adulto y Pediátricas.
- Atención del Usuario Hospitalizado en Salas de Cirugía.

- Gestión de facturación.
- Atención por el servicio de Consulta Externa Especializada.
- Atención en el servicio de urgencias.
- Atención UCI Adulto.
- Atención en la unidad de cuidado intensivo Neonatal.
- Atención en la Unidad de cuidado Intensivo Pediátrico.
- Ingresos Monetarios.

## 10. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Ver “Matriz de Riesgos de la Unidad de Cancerología”

## 11. ELABORÓ, REVISÓ Y APROBÓ

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>NOMBRE:</b> Liliana Vásquez Sandoval Sandra Milena Perez Suarez	<b>NOMBRE:</b> Carlos Daniel Mazabel Marleny Quesada Losada Liliana Vásquez Sandoval	<b>NOMBRE:</b> Emma Constanza Sastoque Meñaca
<b>CARGO:</b> Profesional de Apoyo de la Subgerencia Técnico-Científica Agremiada Profesional Universitario del Área de la Salud. Enfermera jefe agremiada.	<b>CARGO:</b> Subgerente Técnico Científico Jefe Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional Profesional de Apoyo de la Subgerencia Técnico-Científica. agremiada	<b>CARGO:</b> Gerente E.S.E.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES ESPECIALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2021
	PROCESO: ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: AUE-UC-C-001
		PÁGINA: 96 de 98

FECHA: Diciembre 2021	FECHA: Diciembre 2021	FECHA: Diciembre 2021
-----------------------	-----------------------	-----------------------

## 12. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Marzo 2018	Se ajusta el proceso de acuerdo a la nueva metodología de gestión por procesos incluyendo los procesos AUC-UC-C-004 Proceso de Teleterapia, AUC-UC-C-005 Administración Quimioterapia, AUC-UC-C-006 Administración Quimioterapia Intratecal, AUC-UC-C-007 Braquiterapia y SGT-UNC-008 Manejo de dolor, alineando los mismos con la política de calidad, objetivos estratégicos, estándares de acreditación en salud y fomentando en cada uno de ellos la inclusión de la cadena cliente proveedor, advertencias generales y específicas, ubicación en el mapa de procesos, metodología 5W1H y la identificación de necesidades y expectativas de los clientes de cada proceso.
02	Enero 2019	<p>Se ajusta el proceso por necesidad del servicio: Teniendo en cuenta las definiciones para la interpretación en el contexto del usuario que se maneja en el servicio, como Radioterapia Paliativa y el visto Bueno (Quimioterapia). Se adiciona advertencias generales del proceso para la asignación de la cita de forma presencial, telefónica o vía email que el paciente tenga la documentación y exámenes solicitados para su control o para su cita de primera vez actualizados, y asegurándose que haya comprendido la información suministrada. En los procedimientos se hacen los siguientes ajustes:</p> <p><b>AUE-UC-P-001-001 Asignación de citas para apertura de historia clínica e inicio de la atención solicitada:</b></p> <p>Se ajustan los nombres de las actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asignación de citas Pacientes.</li> <li>2. Apertura de historia clínica, teniendo en cuenta cual es el usuario que se está ingresando al</li> </ol>

		<p>servicio: Paciente Hospitalizado, ambulatorio y no institucional y el orden que se deben realizar cada una de las tareas.</p> <p>El cuarto Procedimiento que se le realiza el ajuste teniendo en cuenta el rol que desarrollan cada uno de los profesionales y en qué momento intervienen.</p> <p><b>AUE-UC-P-001-002 Atención en el servicio de Cancerología:</b></p> <p>Se ajustan los nombres de las actividades como es:</p> <p>25.Recepción de orden para programación de la atención (consulta, radioterapia, braquiterapia, quimioterapia procedimiento).</p> <p>26.Atención (consulta, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, procedimiento).</p> <p>Los indicadores de Gestión por comité de sistemas de información se hicieron los siguientes ajustes y anulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anulación del indicador: <b>Proporción de recaídas locales al tratamiento con radioterapia.</b></li> <li>• <b>Proporción de abandono del tratamiento y pérdida de seguimiento</b> se ajustó su definición y su meta.</li> <li>• <b>Proporción de complicaciones de tratamiento de radioterapia</b> se ajustó el nombre quedando <b>Proporción de complicaciones agudas de tratamiento de radioterapia</b> y además la definición, fuente de datos y la meta de este.</li> <li>• <b>Proporción interrupciones imprevistas durante el curso del tratamiento de radioterapia</b> se ajustó en lo siguiente: Definición, fuente de datos, formula y en la meta.</li> <li>• <b>Proporción de muertes inesperadas:</b> se ajustó el nombre: <b>Proporción de muertes inesperadas en pacientes en tratamiento de radioterapia con intención curativa.</b> Además, se ajusta la definición, formula y meta en el mismo.</li> <li>• <b>Proporción de pacientes con cumplimiento de tratamiento de radioterapia</b> se ajustó el nombre por <b>Proporción de pacientes con cumplimiento de tratamiento de radioterapia oportuno.</b> Además, se ajustó la definición, fuente de datos, fórmula y meta.</li> </ul>
03	Diciembre 2019	Se incluyen las definiciones intervención psicológica y psicooncología, una advertencia general denominada "Recuerde realizar doble verificación en la administración de medicamentos".

		Se integran dos advertencias específicas en el procedimiento <b>AUE-UC-P-001-002 Atención en el servicio de Cancerología</b> denominadas “Recuerde que la solicitud de interconsulta con psicología puede ser generada por enfermería, médico tratante, trabajo social u otro profesional de la institución que así lo considere, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario” y “El psicólogo brinda apoyo psicológico al paciente y su familia después de la noticia, en momentos de crisis emocional, durante el tratamiento, brinda psicoeducación, realiza terapia individual, grupal y familiar”, se ajusta el procedimiento en lo relacionado con la administración de medicamentos preparados en la central de mezclas y se relacionan las tareas a ejecutar por atención psicológica a pacientes oncológicos (adultos y niños) y su familia.
<b>V4</b>	Diciembre 2020	Se excluye los Riesgos del proceso, dado que se evidenciaran los riesgos y todos su demás componentes en la Matriz de Riesgos de la Unidad.
<b>05</b>	Diciembre 2021	Se ajusta el proceso de manera general, en donde se incluyen estrategias educativas tanto para el usuario y familiar o acompañante. Igualmente se modifican los tipos de consulta y tiempos de atención de consulta especializada de acuerdo a la solicitud del medica tratante o del paciente.